



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa
Relatório de Estágio

**Prevenção da fragilidade:
cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa
e/ou cuidador familiar**

Bruno César Cardoso Verde

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa
Relatório de Estágio

**Prevenção da fragilidade:
cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa
e/ou cuidador familiar**

Bruno César Cardoso Verde

Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

O presente relatório de estágio é o resultado de um caminho formativo longo e trabalhoso, durante o qual foi fundamental o apoio, acompanhamento e cooperação de diversas pessoas. Neste sentido, gostaria de deixar aqui registado o meu agradecimento:

À minha orientadora, Professora Doutora Idalina Gomes, por ter acreditado no meu projeto, pela partilha do seu conhecimento, e por todo o apoio e disponibilidade demonstrada.

À minha orientadora de estágio, a Sr.^a Enfermeira Especialista Sandra Gaspar, pela paciência, acompanhamento e experiência partilhada.

À Sr.^a Enfermeira Especialista Isabel Almeida, coordenadora de enfermagem e minha orientadora, pelo empenhamento, ajuda, oportunidades criadas e conhecimentos partilhados.

À Sr.^a Dr.^a Maria Manuela Peleteiro, diretora executiva da ACES Lisboa Norte por ter autorizado o desenvolvimento do estágio e do trabalho de investigação na USF.

À Sr.^a Enfermeira Chefe Clotilde Simões pela forma como criou condições para o desenvolvimento do projeto.

À Sr.^a Enfermeira especialista Paula Abrunhosa, da Equipa de Gestão de alta, pela acompanhamento, conhecimentos e dedicação demonstrada durante o estágio de observação aí realizado.

À Sr.^a Enfermeira diretora Catarina Bатуca, diretora de enfermagem, pela autorização concedida para o desenvolvimento do estágio e trabalho de investigação num serviço de Medicina do CHULN, bem como do acompanhamento da Equipa de Gestão de Altas.

Ao coordenador da USF, Sr.^o Dr.^o Pedro Miguel Alves e toda a sua equipa médica terem proporcionado e colaborado para o desenvolvimento das atividades delineadas para esse local de estágio.

À Sr.^a Dr.^a Glória Silva diretora do serviço de Medicina pelo parecer positivo fornecido ao protocolo do estudo de investigação a desenvolver na unidade de internamento.

Ao Professor Doutor Tiago Coelho pela autorização concedida para a utilização da versão portuguesa, validada e traduzida, do Indicador de Fragilidade de Tilburg, o

qual se constituiu como instrumento fundamental nos trabalhos de investigação desenvolvidos e nos cuidados de enfermagem realizados à pessoa idosa.

A toda a equipa multidisciplinar da USF e serviço de Medicina pela cooperação e participação na realização das atividades desenvolvidas.

A todos os funcionários da ESEL, e equipa multidisciplinar USF e serviço de Medicina, não referidos anteriormente, que permitiram o desenvolvimento das minhas competências como enfermeiro especialista na médico-cirúrgica vertente pessoa idosa.

À turma do 9º Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica área da Pessoa Idosa, por ter contribuído para o meu enriquecimento pessoal, académico e profissional.

Aos meus pais, Manuel Verde Ferreira e Maria da Conceição Ferreira, e ao meu irmão, Ricardo Verde, por toda o carinho e apoio emocional transmitido durante o longo e trabalhoso processo de aquisição de competências como enfermeiro especialista.

À Ana, minha mulher e grande amor, pelo apoio incondicional e paciência demonstrada ao longo de todo este caminho de formação académica.

Cada uma destas pessoas, a diferentes níveis, tornaram este relatório uma realidade.

Muito obrigado a todos.

RESUMO

A entrada neste milénio foi acompanhada por uma realidade populacional caracterizada por um elevado índice de envelhecimento. Este facto constitui-se como um grande desafio para a sociedade, pois associada à longevidade surge o aumento da prevalência e gravidade das doenças crónicas, bem como de diversos outros problemas de saúde a elas associadas. Neste contexto, a fragilidade emerge como uma condição capaz de afetar negativamente a qualidade de vida da população idosa.

Partindo desta problemática desenvolveu-se um projeto de estágio em contextos diferentes, Unidade de Saúde Familiar (USF) e serviço de Medicina, assente numa dupla finalidade: adquirir competências como enfermeiro mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na vertente da pessoa idosa, e contribuir para a Melhoria Continua da Qualidade (MCQ) dos cuidados prestados à população idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil, através da capacitação e consciencialização das equipas de enfermagem para esta problemática. Para a sua consecução optou-se por selecionar a metodologia de trabalho de projeto. As principais teorias orientadoras dos cuidados prestados foram o modelo de parceria (Gomes, 2016) e a abordagem Integral da fragilidade (Gobbens *et al.*, 2010).

Como resultados das diversas atividades realizadas salientam-se a aquisição de conhecimentos sobre o envelhecimento, a fragilidade na pessoa idosa, o modelo de cuidados em parceria, a avaliação multidimensional do idoso, os recursos sociais e de saúde direcionados para a população idosa, o perfil e prevalência da fragilidade, numa amostra da população idosa, a nível dos cuidados de saúde primários e secundários; e o desenvolvimento de competências nas áreas da gestão e prestação de cuidados, gestão de projetos, desenvolvimento e formação profissional e MCQ.

Considera-se que, para além das competências pessoais adquiridas, este projeto de estágio contribuiu para o enriquecimento das aprendizagens profissionais das respetivas equipas de enfermagem, na área da prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa frágil e/ou seu cuidador familiar; consciencializar sobre o papel relevante dos enfermeiros especialistas, na área da pessoa idosa, no diagnóstico, tratamento e na adoção de medidas de prevenção da fragilidade; e a expansão de conhecimentos sobre este fenómeno a nível da população idosa portuguesa. A elevada prevalência da fragilidade, evidenciada nas investigações realizadas, torna premente a necessidade de mais estudos nesta área e a elaboração de programas de intervenção direcionados para os respetivos contextos de cuidados.

Palavras-chave: Idoso; fragilidade; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The entrance in this millennium was accompanied by a demographic reality characterized by high aging index. This circumstance constitutes a great challenge for society, because associated with longevity comes the increase of the prevalence and the severity of chronic diseases, as well as several other health problems related with them. In this context, fragility emerges as a condition capable of negatively affecting the quality of life of the elderly population.

From this problematic it was developed an internship project in different contexts, Family Health Unit and Medicine ward, based on a dual purpose: to acquire competences as master nurse and specialist in Medical-Surgical Nursing, in the elder's care; and contribute to the continuous quality improvement of the care provided to elderly population, potentially or effectively, fragile, through the training and awareness of the nursing teams for this problematic. In order to achieve this, it was decided to select the methodology of project work. The main guiding theories of care were the partnership model (Gomes, 2016) and the Integral Fragility approach (Gobbens et al., 2010).

From the results of the diverse activities carried out, it is emphasized the knowledge acquisition about the aging, the frailty in elderly, the model of partnership care, the multidimensional assessment of elderly, the social and health resources directed to elderly, the profile and prevalence of frailty in an elderly population sample of primary and secondary health care; and the development of skills in management and care, project management, training and professional development and continuous quality improvement.

It is considered that, in addition to the personal skills acquired, this internship project contributed to the enrichment of professional apprenticeships of the respective nursing teams, about care in partnership with the frail elderly and/or their family caregiver; awareness about the relevant role of nurse specialists, especially in the care of the elderly, in diagnosis, treatment and adoption of preventive measures of fragility; and the expansion of knowledge about this phenomenon in the Portuguese elderly population. The high prevalence of fragility, evidenced in the investigations carried out, emphasizes the need for more studies in this area, as well as the elaboration of intervention programs directed to the respective care contexts.

Keywords: Elderly; fragility; nursing care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diárias
ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ADO - Antidiabéticos orais
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
ARSLVT - Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CAJIL - Centro de Apoio a Jovens e Idosos
CE – Comissão de Ética
CHULN - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção-Geral da Saúde
ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL - Equipa Coordenadora Local
ECR - Equipa Coordenadora Regional
ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA - Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP - Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos
EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica
ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
GDS 15 - Escala de Depressão Geriátrica abreviada
IFT - Indicador de Fragilidade de Tilburg
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
MCQ - Melhoria Continua da Qualidade
MS – Ministério da Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
OLD - Oxigénio de Longa Duração
OMS - Organização Mundial de Saúde
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SC - Subcutânea
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UI&DE - Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

USF - Unidade de Saúde Familiar

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. O ENVELHECIMENTO, A FRAGILIDADE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA FRÁGIL	18
1.1. O envelhecimento e a fragilidade na pessoa idosa	18
1.2. O papel do enfermeiro nos cuidados à pessoa idosa frágil e/ ou ao seu cuidador familiar	24
2. O CAMINHO PARA OS CUIDADOS DIFERENCIADOS: DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO	28
2.1. Metodologia do projeto	28
2.2. Finalidades e objetivos	29
2.3. Locais de implementação do projeto	29
2.4. Considerações éticas	30
2.5. Atividades realizadas e resultados obtidos	30
2.5.1. Atividades direcionadas para o objetivo geral n.º 1	31
2.5.2. Atividades direcionadas para o objetivo geral n.º 2	53
2.5.3. Atividades direcionadas para o objetivo geral n.º 3	58
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

ANEXOS

ANEXO I - Mini-Mental State Examination

ANEXO II – Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15)

ANEXO III - Escala de Braden

ANEXO IV - Mini Nutritional Assessement

ANEXO V - Escala de Morse

ANEXO VI - Medical Research Council Dyspnea Scale

ANEXO VII - Medical Research Council Muscle Scale

ANEXO VIII - Escala De Tinetti

ANEXO IX - Escala de Classificação Funcional da Marcha de Holden

ANEXO X - Índice De Barthel

ANEXO XI - Escala de Lawton e Brody

ANEXO XII - Escala de Avaliação Sociofamiliar de Gijón

ANEXO XIII - Entrevista de Zarit

ANEXO XIV - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

ANEXO XV - Escala de APGAR Familiar

ANEXO XVI - Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT)

ANEXO XVII - Declaração de participação na sessão de formação sobre referenciação de doentes à RNCCI – Papel do enfermeiro

ANEXO XVIII - Declaração de presença no 1º Congresso de Reabilitação de Enfermagem

ANEXO XIX - Declaração de presença no Workshop “Ventilação não Invasiva”

ANEXO XX - Autorização do estágio de observação da EGA

ANEXO XXI - Planeamento da formação em serviço para 2019

ANEXO XXII - Parecer da CE para a Saúde da ARSLVT

ANEXO XXIII - Autorização do estudo de investigação pela diretora executiva e coordenador da USF

ANEXO XXIV - Autorização para utilização da versão portuguesa do IFT

ANEXO XXV - Parecer da CE para a Saúde do CHULN

ANEXO XXVI - Autorização do estudo de investigação pela diretora de enfermagem do CHULN

APÊNDICES

APÊNDICE I - Objetivos e atividades delineadas para o projeto de estágio

APÊNDICE II - Caracterização dos locais de estágio

APÊNDICE III - A prevalência da fragilidade na população idosa portuguesa:
Revisão *scoping*

APÊNDICE IV - As intervenções de prevenção da fragilidade na pessoa idosa:
Revisão *scoping*

APÊNDICE V - Entrevistas realizadas à assistente social e psicologia e respetivos
guiões

APÊNDICE VI - Principais recursos sociais direcionados para a pessoa idosa nas
existentes nas proximidades da USF

APÊNDICE VII - O processo de enfermagem

APÊNDICE VIII - Instrumento de colheita de dados (segundo o modelo de parceria
de Gomes, 2016)

APÊNDICE IX - Guião de colheita de dados segundo o modelo de parceria de
Gomes (2016)

APÊNDICE X - Avaliação multidimensional da pessoa idosa

APÊNDICE XI - Estudo de caso desenvolvido na USF

APÊNDICE XII - A RNCCI, as unidades de internamento e os critérios de
referenciação

APÊNDICE XIII - Estudo de caso desenvolvido no serviço de Medicina

APÊNDICE XIV - Sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar da USF

APÊNDICE XV - Avaliação da sessão de formação realizada na USF

APÊNDICE XVI - 1ª Sessão de formação realizada no serviço de Medicina

APÊNDICE XVII - 2ª Sessão de formação realizada no serviço de Medicina

APÊNDICE XVIII - Avaliação das duas sessões de formação realizadas no serviço
de Medicina

APÊNDICE XIX - Poster - Prevenção da fragilidade: Uma questão de Saúde Pública

APÊNDICE XX - Desenho do estudo de investigação da USF

APÊNDICE XXI - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação
em investigação na USF

APÊNDICE XXII - Desenho de investigação desenvolvido no serviço de Medicina

APÊNDICE XXIII - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação no serviço de Medicina

APÊNDICE XXIV - Resultados obtidos no estudo de investigação do serviço de Medicina

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade, mais evidente nos países desenvolvidos, que se iniciou no século XX, como resultado da progressiva melhoria das condições de vida e do desenvolvimento científico em áreas como os da saúde e da tecnologia (Bicudo, 2013; World Health Organization [WHO], 2015).

A nível individual o fenómeno do envelhecimento define-se como um processo, intrínseco a todos os seres vivos, e uma experiência pessoal e heterogénea influenciada por fatores de cariz biológico, psicológico e social. Assim, o mesmo não é linear, variando entre diferentes pessoas com a mesma idade cronológica, culturas, sociedades e contextos históricos (Sequeira, 2018).

O progressivo aumento da longevidade do Homem é uma grande conquista e um enorme desafio para a sociedade, pois associado ao facto de os indivíduos viverem cada vez mais anos, verifica-se o aumento da prevalência de doenças incapacitantes e prolongadas (WHO, 2015). Nesta senda, a fragilidade apresenta-se como uma condição de saúde que pode interferir negativamente com a qualidade de vida das populações, pelo que deverá ser encarada como um problema de saúde pública.

As publicações sobre o fenómeno da fragilidade evidenciam que este é um tema que, nos últimos 30 anos, tem preocupado cada vez mais os investigadores, pelo que têm sido produzidos vários estudos internacionais explicativos do fenómeno e dos seus efeitos sobre a população (Duarte, 2015). Contudo, o nosso país, não segue ainda essa tendência, existindo muito poucos trabalhos que explorem esta matéria, o que se traduz num défice de planos de ação e prevenção nos diferentes contextos de cuidados (Duarte, 2015). Essa falta de valorização da condição de frágil e de programas de intervenção poderá ter consequências graves a nível da saúde dos portugueses, principalmente dos mais suscetíveis, os idosos. Este impacto negativo na sociedade caracteriza-a como uma condição que deverá ser alvo de uma maior atenção, não apenas das políticas governamentais da saúde¹, como dos diversos profissionais de saúde, nomeadamente as equipas de enfermagem.

¹ Em 2006, a Direção-Geral da Saúde (DGS) elaborou um programa nacional dirigido para a saúde das pessoas idosas que contemplava diversas medidas estratégicas para a promoção de um envelhecimento ativo. O seu objetivo era obter ganhos em anos de vida com independência. Este programa recomendava uma especial atenção para às pessoas mais frágeis e vulneráveis e recomenda, como medida estratégica de ação, a realização do rastreio da fragilidade (DGS, 2006).

Esta conjuntura evidencia a necessidade de os enfermeiros assumirem um papel ativo relativamente ao problema da fragilidade, que passe pela sua avaliação e diagnóstico, bem como pelo desenvolvimento de planos de cuidados dirigidos para a prevenção, a vários níveis, das suas complicações. A estes compete, de acordo com Collière (1999), não apenas, ajudarem a pessoa e a sua família para melhor gerirem os seus problemas de saúde, mas também torná-los capazes de utilizarem os recursos físicos, económicos, afetivos e sociais. A mesma autora refere ainda que os enfermeiros devem, simultaneamente, agir (prevenir e promover) sobre os fatores que interferem no desenvolvimento da saúde da pessoa, por forma a antecipar e limitar a doença, e desenvolver ações de revitalização (reabilitar). Desta forma é fundamental trabalhar em parceria com a pessoa idosa² e seus familiares cuidadores, pois permite ao enfermeiro conhecer a natureza das suas necessidades, dificuldades e problemas e, através de um processo de partilha e de ação conjunta, construir um projeto de cuidados e vida que capacite ambos a assumir o cuidado de si (Gomes, 2013, 2016).

A relação existente entre fragilidade e envelhecimento coloca os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na vertente da pessoa idosa, como elementos fundamentais e melhor capacitados para gerirem os cuidados aos idosos mais frágeis. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) o enfermeiro especialista deve ter um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que lhe permita determinar as necessidades de saúde da população-alvo, em diferentes contextos clínicos (cuidados de saúde primários [CSP], secundários e terciários) e de vida, e agir em todos os níveis de prevenção (OE, 2010). As suas competências³ assentam em 4 domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; e as aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro). Assim, aos enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil compete serem elementos de referência, nos diferentes contextos de cuidados, responsáveis por desenvolverem e implementarem medidas e programas de intervenção, que valorizem a condição de frágil e permitam a sua prevenção a vários níveis. Para tal, é imperativo que os enfermeiros especialistas adquiram conhecimentos sobre as diversas

² No presente trabalho foram adotados os termos idoso, pessoa idosa ou população idosa com o mesmo sentido, designar qualquer indivíduo com idade cronológica igual ou superior a 65 anos. Tal terminologia está de acordo com o que é convencionado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1999).

³ Até ao momento a OE ainda não definiu as **competências específicas** dos enfermeiros especialistas Médico-cirúrgicos vertente pessoa idosa, apenas publicou as **competências comuns** a todos os domínios de especialidade.

conceções e instrumentos de avaliação de fragilidade existentes, e sejam capazes de consciencializar, formar e mobilizar a equipa de saúde, bem como desenvolver trabalhos de investigação que fundamentem, de acordo com a melhor evidência científica, as intervenções e os cuidados prestados à pessoa idosa. O seu contributo é fundamental para a promoção de um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade para todos os idosos, potencialmente ou efetivamente, frágeis, durante o maior número de anos possível.

Considerando o potencial impacto negativo que a fragilidade tem na qualidade de vida da população, especialmente a mais idosa, e a necessidade pessoal de adquirir novos conhecimentos, capacidades e habilidades, para além das inerentes às de enfermeiro de cuidados gerais⁴ e de mestre na área da gestão em enfermagem⁵, propus, no âmbito do 9º curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em EMC, vertente pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), o desenvolvimento de um projeto de estágio que permitisse adquirir competências como enfermeiro mestre e especialista em EMC na vertente da pessoa idosa e contribuísse para a melhoria da qualidade dos cuidados prestado à pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil através da capacitação e consciencialização das equipas de enfermagem, nos diferentes contextos de cuidados (primários e secundários) onde se desenvolverá o projeto, para a problemática da fragilidade (conceito, consequências adversas, instrumentos de diagnóstico e medidas preventivas). Para tal foram delineados como **objetivos gerais**: desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou o seu cuidador, na prevenção dos riscos da fragilidade; desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa; e determinar a prevalência da fragilidade, segundo o IFT (Indicador de Fragilidade de Tilburg), numa amostra da população idosa de uma USF (Unidade de saúde familiar) e de um serviço de Medicina; e como **objetivos específicos**: aprofundar conhecimentos sobre a fragilidade na pessoa idosa; analisar o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil e/ou seu cuidador; desenvolver cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou

⁴ Licenciatura adquirida na Escola de Enfermagem Cidade do Porto, atualmente integrada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, entre 2001 e 2005.

⁵ Curso de Mestrado na área de Gestão em Enfermagem desenvolvido na ESEL, entre 2012 e 2013.

cuidador na prevenção da fragilidade e promoção do cuidado de si; Mobilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador, na prevenção dos riscos da fragilidade; capacitar a equipa de enfermagem para o desenvolvimento de intervenções de prevenção da fragilidade na pessoa idosa em contexto hospitalar; e caraterizar o perfil da fragilidade de uma amostra da pessoa idosa no contexto de uma USF e de um serviço de Medicina.

Para o desenvolvimento deste projeto de estágio e dos seus respetivos objetivos optou-se pela metodologia de trabalho de projeto, pois a mesma permite, segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a resolução de problemas específicos em determinados contextos e, simultaneamente, a aquisição de conhecimentos e competências decorrentes da elaboração e operacionalização do projeto de intervenção. Para o implementar optou-se por dois locais de estágio distintos: uma USF, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte e um serviço de Medicina do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN). A escolha dos mesmos seguiu os seguintes critérios: servirem uma população significativamente idosa; permitirem o desenvolvimento de competências como enfermeiro mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e existir vontade institucional e profissional para o desenvolvimento de um projeto de estágio sobre a problemática da fragilidade.

Este projeto de estágio foi desenhado no sentido de me permitir evoluir, segundo o modelo de aquisição de competências de Benner (2001), para níveis mais elevados de conhecimentos e competências, nomeadamente do nível de proficiência⁶ para o estágio de perito⁷ nos cuidados à pessoa idosa e/ou seu cuidador em contexto hospitalar e da comunidade. Para tal, durante o mesmo foram desenvolvidas competências comuns de enfermeiro especialista, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro); competências de mestre em enfermagem na área médico-cirúrgica, pelo desenvolvimento de capacidades de investigação, reflexão crítica e argumentação na área dos cuidados à pessoa idosa nos diferentes contextos de vida e competências

⁶ Segundo o modelo de Benner (2001), neste nível do enfermeiro tem conhecimentos teóricos, práticos e éticos que o tornam capaz de tomar decisões fundamentadas e assentes numa visão, não fragmentada dos acontecimentos, mas sim global e abrangente.

⁷ No estágio de perito o enfermeiro tem grande experiência, compreende o problema de forma intuitiva e direta sem se focar em questões secundárias (Benner, 2001).

de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, vertente da pessoa idosa (ESEL, 2017).

O presente relatório⁸ está dividido em quatro partes: a introdução, onde se contextualiza o tema e apresenta os objetivos gerais e específicos; o enquadramento teórico, denominado “o envelhecimento, a fragilidade e o cuidado de enfermagem à pessoa idosa frágil, correspondente à revisão da literatura do projeto; o desenvolvimento do projeto, intitulado “*o caminho para os cuidados diferenciados*”, que se encontra organizado em cinco subcapítulos; e as considerações finais, onde é apresentada uma reflexão crítica e global sobre as atividades realizadas e as respetivas aprendizagem adquiridas ao longo do estágio.

⁸ Este relatório foi elaborado de acordo com as orientações dos atuais Regulamentos de Mestrado (ESEL, 2017) e de elaboração de trabalhos escritos (Godinho, 2017).

1. O ENVELHECIMENTO, A FRAGILIDADE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA FRÁGIL

A busca de conhecimentos é uma atividade fundamental para o desenvolvimento de competências em determinada área. Assim, neste primeiro capítulo, pretende-se reunir um conjunto de saberes (conhecimentos) sobre o fenómeno do envelhecimento, a fragilidade na pessoa idosa, o cuidador informal/familiar e o papel do enfermeiro nos cuidados à pessoa idosa frágil; por forma a fundamentar com evidência científica todas as atividades descritas no capítulo seguinte e que resultaram dos estágios decorridos em ambos os contextos de cuidados. Como tal foi realizada uma rigorosa revisão de literatura em diferentes fontes de conhecimento científico, tais como bases de dados *online*, artigos e livros.

1.1. O envelhecimento e a fragilidade na pessoa idosa

A entrada no século XXI trouxe consigo uma realidade demográfica mundial caracterizada pelo aumento progressivo do índice de envelhecimento (WHO, 2015). Tal tendência, resultante da melhoria das condições de vida e do desenvolvimento tecnológico e científico em áreas como a da saúde (Bicudo, 2013), contribuiu para que, principalmente a partir de meados do século XX, ocorresse um aumento da esperança média de vida⁹ e da longevidade (WHO, 2015, 2018).

Portugal segue essa mesma realidade mundial. Segundo dados da PORDATA (2018a), no nosso país, entre os anos de 1971 e 2016, a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou de 9,7% para 20,9%. Estima-se que o crescimento da mesma se mantenha até 2080, altura em que o seu valor atingirá os 37% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017). Ainda no mesmo período, prevê-se que os indivíduos com 80 ou mais anos¹⁰, quintupliquem (INE, 2017). Quanto à esperança média de vida, a mesma entre 1971 e 2015, aumentou para ambos os géneros, de 66,8 para 80,6 anos, sendo mais alta nas mulheres (PORDATA, 2018b).

Este panorama torna premente a compreensão do processo de envelhecimento a nível individual. Assim, envelhecer define-se como um fenómeno natural, contínuo e não linear que envolve uma interação complexa entre as dimensões biológica,

⁹ A nível mundial, entre 2000 e 2015, registou-se um aumento de 5 anos na esperança média de vida, o maior desde 1960 (OMS, 2018). Segundo as previsões da OMS (2015), nos primeiros 50 anos deste século, espera-se que o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos duplique.

¹⁰ No ano de 2007 o número de pessoas idosas com idade igual ou superior a 80 anos era quase 30 % do total dos idosos (PORDATA, 2018b).

psicológica, sociocultural e cronológica (Sequeira, 2018). A sua componente biológica caracteriza-se pela redução progressiva, ao longo da vida, das capacidades de adaptação do organismo face às condições variáveis do meio ambiente, fruto das transformações morfológicas, funcionais e bioquímicas. Como consequência verifica-se uma diminuição do nível de desempenho dos mecanismos de defesa e homeostasia (Oliveira & Pinto, 2014), que resulta num aumento da vulnerabilidade (física) do organismo, de doenças crónicas e, em última instância, na morte (Bernardes & Pinheiro 2014). Importa, contudo, a este nível, salientar que existe uma diferença entre alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento saudável (Senescência), e as manifestações patológicas (senilidade) (Oliveira & Pinto, 2014; Sequeira, 2018). A nível psicológico o envelhecimento manifesta-se por uma progressiva alteração dos comportamentos e atitudes individuais, como resultado da interação entre os fatores intrínsecos (genéticos, emocionais, patológicos) e extrínsecos (ambientais e socioculturais) a que está sujeito. Na sua dimensão sociocultural, o envelhecimento vai condicionando os papéis que o indivíduo desempenha a nível familiar, laboral e ocupacional, o que se traduz numa diminuição da participação ativa do mesmo e uma alteração das suas redes e apoios sociais (Sequeira, 2018). Por último, a sua componente cronológica, caracterizada meramente como marcadora da passagem do tempo, não produzindo por si só mudanças, mas servindo como base para a categorização das pessoas como jovens, adultas ou idosas¹¹ (Moniz, 2003).

De uma forma geral, envelhecer apresenta-se como um processo universal, heterogéneo, individual, dinâmico e progressivo que envolve uma série de alterações biopsicossociais que se relacionam continuamente e são afetadas reciprocamente, e que contribuem para uma perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, conduzindo a uma maior vulnerabilidade^{12,13} física, psicológica e social.

¹¹ As fronteiras etárias, definidas em cada sociedade, assumem um sentido político e de organização social. No caso dos países ocidentais, as etapas e os ciclos de vida são socialmente padronizadas cada vez mais reguladas pelo Estado e envolvem as áreas domésticas, do trabalho e do consumo (Minayo & Coimbra, 2002). A OMS convencionou que **idoso**, nos países desenvolvidos, corresponde a uma pessoa com idade igual ou superior a **65 anos** (WHO, 1999). Segundo Ermida (2014), acima dos 65 anos começam a observar-se alterações fisiológicas, funcionais e do foro epidemiológico que justificam a escolha desta idade cronológica como fronteira a partir da qual os cuidados devem ser diferenciados.

¹² Segundo Neves (2006) a vulnerabilidade, etiológicamente definida como a suscetibilidade para se ser ferido, é um conceito que assume diferentes significados de acordo com o contexto em que é utilizado. A mesma autora considera três tipos de usos: **como função adjectivante**, em que é utilizada para caracterizar ou identificar determinadas pessoas ou grupos, em consequência de um conjunto de variáveis (genéticas, ambientais, sociais), que sejam mais suscetíveis ao dano, à agressão ou doença; **como condição humana universal**, inerente ao indivíduo; e **como princípio ético**, onde a noção de vulnerabilidade engloba os dois anteriores significados.

¹³ Neste relatório a vulnerabilidade assume-se como um conceito adjectivante e inerente à condição humana.

A tendência mundial para o aumento da longevidade, considerado pela OMS (2005) como uma das grandes conquistas do Homem, é também em si um grande desafio para a família, sociedade e respetivos governos pelo facto de estar associado a um crescimento progressivo da prevalência de doenças de evolução prolongada e, por conseguinte, a diversos problemas de saúde complexos, dos quais se destacam, os transtornos emocionais, a incapacidade funcional e a perda de autonomia. Todas estas situações culminam no aumento da fragilidade da pessoa idosa.

O processo de envelhecimento, as doenças crónicas e a dependência física e mental são fatores correlacionados com a fragilidade. Este é um conceito que, nos últimos 30 anos, começou a surgir em diversas publicações internacionais como condição associada ao aumento do risco de quedas, reaparecimento de novas doenças, dependência, institucionalização, hospitalização e mortalidade (Coelho, 2014; Gruner, Antunes, Magalhães & Castro, 2014; Duarte, 2015). Trata-se assim de uma condição que interfere negativamente com a dignidade e qualidade de vida dos idosos e familiares e acarreta elevados custos sociais e financeiros, e como tal deve ser encarada como um sério problema de saúde pública.

A fragilidade é uma condição de saúde mais frequente em idades avançadas (Collard, Boter, Schoevers & Oude Voshaar, 2012), nos melanodérmicos, nas mulheres, nos indivíduos de baixo nível educacional e socioeconómico; na presença de incapacidades e doenças crónicas; e no sul da Europa (Santos-Eggimann, Cuénoud, Spagnoli & Julien, 2009; Gruner *et al.*, 2014; Duarte, 2015). Contudo, convém ressaltar que, apesar dos diversos estudos realizados, a real prevalência da fragilidade é desconhecida, especialmente no nosso país. A explicação para tal prende-se com o facto de não haver anuência acerca da definição de fragilidade, existindo, por isso, diferentes abordagens e perspetivas sobre a mesma (Collard *et al.*, 2012). Neste sentido, a análise de um artigo exige uma clarificação sobre o paradigma concetual subjacente, pois a cada um deles correspondem diferentes instrumentos de monitorização da própria condição de fragilidade.

Duarte (2015) distingue três principais modelos da fragilidade: biomédico, dinâmico e integral. A abordagem biomédica da fragilidade, desenvolvida por Fried *et al.* (2001), defende que esta se manifesta a nível físico, por fraqueza muscular, tempo de marcha alterado, exaustão, perda de peso involuntária e baixos níveis de atividade física (critérios fenotípicos), como resultado da perda de capacidade funcional do

organismo em manter a sua homeostase, fruto de um acumular de desequilíbrios metabólicos em diferentes sistemas (músculo-esquelético, imunitário, hormonal, metabólico e sistema nervoso central e autónomo) (Gruner *et al.*, 2014). A sua avaliação resulta do número de critérios fenotípicos presentes. Assim, de acordo com Fried *et al* (2001), classificamos a pessoa como frágil, na presença de três ou mais indicadores; pré-frágil, quando têm um ou dois indicadores; e robustas, sempre que não sejam visualizadas alterações. Ainda segundo os mesmos autores a fragilidade não é uma doença, mas sim um estado intermédio entre ser funcional ou dependente e entre ser saudável ou não. Este modelo é o alicerce do conceito de fragilidade, sendo, ainda hoje, a corrente dominante na maioria das publicações sobre esta matéria (Duarte, 2015).

Partindo de uma conceção baseada no anterior modelo Rockwood, Fox, Stolee, Robertson e Beattie (1994) propõem um conceito de fragilidade mais dinâmico assente numa explicação mais abrangente, que a considera como uma condição resultante de fatores biológicos, psicológicos (cognição, humor) e sociais. O modelo dinâmico de fragilidade baseia-se num número cumulativo de défices relacionados com o envelhecimento e no pressuposto que a probabilidade de a pessoa ser considerada frágil é proporcional à quantidade de problemas presentes, independentemente da sua natureza (Rockwood & Mitnitski, 2007). A fragilidade emerge assim de um processo dinâmico entre os recursos e os défices biológicos e sociais do indivíduo. A avaliação de pessoa no sentido de determinar a sua fragilidade resulta do cálculo do índice de fragilidade, ou seja, da proporção do número de variáveis positivas (recursos) sobre o total de défices (biológicos e sociais) (Rockwood & Mitnitski, 2007). Esses défices não correspondem a incapacidades específicas, mas sim a um conjunto de variáveis de saúde, constituídas por sintomas e sinais, incapacidades e alterações analíticas, cujos critérios de escolha deveram obedecer a cinco regras: serem relacionados com o estado de saúde, a sua prevalência aumentar com a idade, não devem ser universais, devem abranger vários órgãos e sistemas, e devem ser sempre utilizados os mesmos défices para a avaliação comparativa entre indivíduos (Gruner *et al.*, 2014). No sentido de diagnosticar a fragilidade segundo este modelo foram sendo desenvolvidos alguns instrumentos de avaliação, nomeadamente, o Índice de Fragilidade da *Canadian Study of Health and Aging*, em 2001; o Indicador de Fragilidade de Groningen de Schuurmans, Steverink,

Lindenberg, Frieswijk e Slaten em 2004, a Escala Clínica da Fragilidade de Rockwood, em 2005; e a Escala de Fragilidade de Edmonton de Rolfson, Majumdar, Tsuyuki, Tahir e Rockwood, em 2006 (Duarte, 2015).

Mais recentemente, Gobbens, Luijckx, Wijnen-Sponselee e Shols (2010), desenvolveram um modelo de abordagem que pretendia abranger todas as concepções sobre fragilidade existentes até então, e é neste contexto que surge o modelo integral. Segundo estes autores (2010) a condição de fragilidade derivada de alterações em uma ou mais dimensões do funcionamento humano (físico, psicológico e social) e da influência de uma série de variáveis relacionadas com determinantes do curso de vida (idade educação, rendimento, sexo, etnia, estado civil, ambiente residencial, estilo de vida, eventos de vida, biológicos), doenças e declínio da reserva funcional. Consiste numa abordagem holística da pessoa idosa e considera que a fragilidade, incapacidade e comorbilidade não têm uma relação direta (Coelho, 2014). Gobbens (2010), ao refletir sobre a sua definição, salienta que a mesma reflete a multidimensionalidade do fenómeno, o seu aspeto dinâmico, bem como a sua capacidade de prever resultados adversos.

Como instrumento de avaliação assente neste modelo temos o IFT que engloba o seguinte conjunto de indicadores: força, equilíbrio, mobilidade, atividade física, nutrição, aspetos cognitivos, aspetos psicológicos (humor e *coping*), processos sensoriais (audição e cognição) e papéis sociais (Gobbens *et al.*, 2010; Coelho, Santos, Paúl, Gobbens & Fernandes, 2015).

A análise dos modelos anteriormente expostos permite inferir que os mesmos evoluíram, a nível dos fatores explicativos de fragilidade, no sentido de uni (biológicos/fisiológicos) para multidimensionais (biopsicossociais), concedendo, por conseguinte, um entendimento da mesma cada vez mais abrangente. Porém apesar das suas diversas concepções existe um certo consenso atual sobre o facto de se tratar de um estado de vulnerabilidade associada aos múltiplos determinantes do envelhecimento, caracterizada por uma perda de resistência após um evento de stress, capaz de desencadear mudanças desproporcionais no estado de saúde da pessoa (Clegg, Young, Liffé, Rikkert & Rockwood, 2013). No entanto, é uma condição de saúde eventualmente transitória, que tem melhor prognóstico quando é diagnosticada e tratada na sua fase inicial (Gruner *et al.*, 2014). Llano, Lange e Sequeira (2018)

acrescenta que o tratamento ainda é limitado, pelo que a sua prevenção se apresenta como o mecanismo mais eficaz para evitar o seu aparecimento.

A deteção precoce da fragilidade é condição *sine qua non* para se estabelecerem programas de prevenção e ação eficazes (Coelho, 2014; Duarte, 2015). Gruner *et al.* (2014) referem que não existem ainda orientações claras para a prevenção e tratamento desta condição, mas que os estudos têm demonstrado que as medidas interventivas direcionadas para múltiplos sistemas são mais eficazes do que as centradas apenas em um único. Os mesmos autores, baseados numa conceção biomédica da fragilidade, propõem que essas intervenções se devem dividir em prevenção primária, abrangendo o exercício físico, alterações de estilo de vida e nutrição adequada; em prevenção secundária, direcionada para a promoção e tratamento das condições de saúde associadas à condição de frágil; e prevenção terciária, com objetivo de reabilitar a pessoa frágil por forma a reverter a sua condição e melhorar a sua qualidade de vida. Duarte (2015), partindo de uma conceção de fragilidade baseada numa abordagem integral e, por conseguinte, multidimensional, considera que os fatores de risco da fragilidade (intrínsecos e extrínsecos) podem ser reduzidos ou eliminados através da prevenção primária e secundária, pelo que as intervenções a este nível são prioritárias. Neste sentido, esta autora propõe um conjunto de intervenções dirigidas à pessoa idosa, no âmbito da prevenção secundária. Na esfera da componente física sugere que seja promovido o exercício físico, a prática das atividades de vida diárias e instrumentais, a estimulação dos sistemas sensoriais e a alimentação saudável. Como medidas interventivas a nível psicológico, propõe ações que permitam uma adequada gestão emocional, a aquisição de estratégias de *coping* e a estimulação cognitiva. Por último, no âmbito da dimensão social, sugere que sejam desenvolvidas medidas que fomentem o alargamento da rede social, bem como a participação e interação intra e intergeracionais.

O aumento da longevidade, considerado pela OMS (2005) como uma das grandes conquistas do Homem, associado aos efeitos negativos e potenciais da fragilidade na pessoa idosa têm vindo a colocar enormes desafios à família, sociedade, e respetivos governos, na medida em que mais anos de vida correspondem a uma maior necessidade de cuidados a longo prazo. Como tal, importa

serem desenvolvidas medias que reforcem a assistência ou suporte por parte dos sistemas social e de saúde.

1.2.O papel do enfermeiro nos cuidados à pessoa idosa frágil e/ ou ao seu cuidador familiar

Nas sociedades mais desenvolvidas existem diferentes sistemas de assistência à saúde, que se diferenciam nos aspetos relacionado com as concepções sobre as doenças; os métodos e técnicas terapêuticas; os intervenientes e as instituições (Landgon & Wiik, 2010). Estes traduzem a diversidade das diferentes culturas e grupos que os constituem. Assim, tais sistemas de saúde são simultaneamente culturais, na medida em que traduzem uma dimensão simbólica sobre o entendimento do que é saúde e doença; e sociais, pelo facto de serem constituídos por instituições e profissionais de saúde organizados segundo papeis, regras de interação e relações de poderes (Landgon & Wiik, 2010). Conhecer a existência de uma diversidade de sistemas de assistência à saúde permite compreender melhor o comportamento da população nesse âmbito. Kleinman (1980) considera que existem três subsistemas de apoio à saúde que são utilizados pelas pessoas de forma sobreposta e não exclusiva. O subsistema profissional, constituído pelos técnicos com formação e legalmente reconhecidos; o subsistema popular, formado por “especialistas” não reconhecidos legalmente, como por exemplo os curandeiros; e o subsistema informal, constituído pela família, amigos e membros da comunidade, onde a doença é encarada como um desequilíbrio ao normal funcionamento da vida cotidiana ao qual tem de ser atribuído um significado (Kleinman,1980).

Os cuidados de saúde, definido por Collière (1999) como o ato de ajudar uma determinada pessoa a garantir o necessário para continuar com a sua vida, podem ser prestados de uma forma geral por uma rede de cuidadores informais, constituída pela família, amigos e vizinhos; e formais, os quais envolvem todos os profissionais de saúde (Sequeira, 2018). Associados aos primeiros (informais) identificam-se três tipos de cuidadores: primários, secundários e terciários (Sequeira, 2018). Os primários ou principais são o tipo de cuidadores que assumem a maior parte da responsabilidade de supervisionar, acompanhar, orientar e cuidar do indivíduo. Os cuidadores secundários têm um papel complementar de apoio, sendo que o mesmo pode ser, não apenas, de prestação de cuidados, com também a nível económico, recreativo e social. Os terciários são aqueles que ajudam muito esporadicamente.

Todos estes cuidadores informais são indivíduos que dão assistência de forma não remunerada. Os cuidadores formais englobam profissionais preparados, qualificados e remunerados para o efeito (Sequeira, 2018).

Por tradição histórica, religiosa e influência sociocultural, a assistência à pessoa com dependência¹⁴ cognitiva e funcional é fornecida pela família¹⁵ (Caldas, 2002). Segundo Sequeira (2018) a mesma constitui-se como a estrutura principal e com o papel mais relevante no cuidado a longo prazo, principalmente, nas situações de doença prolongada. No seio da família a tomada de decisão para cuidar de um dos seus elementos é o resultado de um processo informal, dinâmico, mais ou menos consciente e que obedece a certas regras, tais como: o grau de parentesco, com maior frequência para os cônjuges; o género, predominantemente a mulher; a proximidade afetiva, onde se destaca a relação conjugal e a entre filhos e pais; e a proximidade física (Mendes, 1995).

A experiência de cuidar de uma pessoa a longo prazo poderá desencadear na família e respetivos cuidadores alterações estruturais, físicas e emocionais, económicas e sociais (Calda, 2002; Figueiredo, 2007). Como tal, segundo defende a OMS (2005), os países deverão desenvolver políticas de saúde equilibradas entre a assistência informal, formal e o autocuidado, contrariando a tendência de um maior investimento nos sistemas de apoios formais, ou seja, nas instituições (cuidados de saúde secundários e terciários e lares) e nos recursos da comunidade (saúde pública, CSP, cuidados domiciliários). No nosso país a função de cuidador informal/familiar não é, à data (05/2019), legalmente reconhecida, no entanto, tem-se verificado um esforço político no sentido de criar um estatuto para o mesmo, que defina com clareza os direitos e deveres do mesmo (República Portuguesa, 2015). Exemplo disso é a atual proposta de Lei n.º 186/XIII de 7 de fevereiro de 2019, do conselho de ministros, a qual após ser aprovada no parlamento irá conceder ao cuidador informal, ou seja, a todos aqueles que prestam cuidados a pessoa dependentes de forma não

¹⁴ O conceito de dependência não é consensual podendo ser analisado segundo diferentes pontos de vistas, tais como, financeiro, demográfico, político, físico, social e psicológico (Gil, 2010). No entanto, neste relatório a mesma define-se como a circunstância em que a pessoa não consegue, sem a ajuda de outra, como consequência de falta ou perda de capacidade física ou cognitiva, realizar as atividades de vida diária (Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 junho)

¹⁵ Segundo a OMS a família não se define com base nos laços de sangue, casamento, parceiro sexual, ou adoção, mas sim como um grupo de pessoas que mantenham ligações assentes na confiança, suporte mútuo e num destino comum (citado por Rodrigues, Macedo e Montano, 2007). Relvas (1996) acrescenta que a mesma só poderá ser compreendida se for considerada de forma holística, ou seja, como um sistema, um todo, uma globalidade. Ainda segundo o mesmo autor (1996) a família é constituída por quatro subsistemas, individual, parental, conjugal e fraternal, cuja interação e organização definem a estrutura familiar.

remunerada, benefícios fiscais, subsídios, ações de formação, períodos de descanso, apoio psicossocial e reforço de direitos laborais.

Segundo Guerra e Sousa (2014), os cuidadores familiares assumem um papel central no apoio de saúde à pessoa idosa. Neste sentido, as necessidades e problemas dos cuidadores informais, bem como dos respetivos familiares idosos, potencialmente ou efetivamente, frágeis, devem constituir-se como uma prioridade para a enfermagem.

De acordo com o exposto anteriormente, torna-se evidente a necessidade e premência dos enfermeiros assumirem um papel ativo relativamente ao problema da fragilidade, que passe pela sua avaliação e diagnóstico, bem como pelo desenvolvimento, em conjunto com a pessoa idosa e seu cuidador, de planos de cuidados dirigidos para a prevenção, a vários níveis, das suas complicações. A estes compete, de acordo com Collière (1999), não apenas, ajudarem a pessoa e a sua família para melhor gerirem os seus problemas de saúde, mas também torná-los capazes de utilizarem os recursos físicos, económicos, afetivos e sociais. A mesma autora refere ainda que os enfermeiros devem, simultaneamente, agir (prevenir e promover) sobre os fatores que interferem no desenvolvimento da saúde da pessoa, por forma a antecipar e limitar a doença, e desenvolver ações de revitalização (reabilitar). Desta forma é fundamental trabalhar em parceria com a pessoa idosa e seus familiares cuidadores, pois permite ao enfermeiro conhecer a natureza das suas necessidades, dificuldades e problemas e, através de um processo de partilha e de ação conjunta, construir um projeto de cuidados e vida que capacite ambos a assumir o cuidado de si (Gomes, 2016).

No âmbito dos cuidados à pessoa idosa os enfermeiros deverão adotar um modelo de cuidados de enfermagem centrado na pessoa, que a contemple de forma holística. É igualmente importante selecionar uma determinada filosofia de abordagem da fragilidade, bem como um instrumento de avaliação da mesma. Tais pressupostos são orientadores da forma como os enfermeiros interpretam a fragilidade e os cuidados de enfermagem, e, conseqüentemente, o planeamento das suas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

As intervenções dos enfermeiros devem, de acordo com Llano *et al.* (2018), ter como objetivos identificar o risco de fragilidade; implementar medidas de saúde que promovam a alimentação saudável, exercício físico e interação social; avaliar e

monitorizar a pessoa idosa; desenvolver planos de cuidados direcionados para o idoso frágil no sentido de promover a sua autonomia e independência funcional; aconselhar sobre os recursos mais adequados; e apoiar os cuidadores. Com esse propósito, os mesmos autores, sugerem que a equipa de enfermagem deve efetuar uma avaliação global do idoso; realizar o diagnóstico da fragilidade utilizando instrumentos adaptados, educar sobre a importância de fatores promotores da saúde e influenciadores da fragilidade (alimentação equilibrada, atividade física, estimulação cognitiva e participação social); e desenvolver planos de cuidados individuais. Tais pressupostos sugerem a importância, para o diagnóstico da fragilidade, de uma avaliação multidimensional. Assim, no seu rastreio a utilização do IFT, assente no modelo integral, demonstra ser um instrumento que cumpre esse propósito.

Considerando a relação existente entre a fragilidade e o aumento da idade torna-se evidente que os enfermeiros especialistas na pessoa idosa estão melhor preparados para cuidarem de idosos frágeis. Os seus conhecimentos aprofundados e diferenciados sobre o fenómeno de envelhecimento e a saúde dos mais velhos, acoplados com competências nas áreas de gestão de cuidados, liderança de equipas, assessoria, formação e investigação, são elementos fundamentais para a garantia de cuidados de excelência ao idoso potencialmente ou efetivamente frágil.

2. O CAMINHO PARA OS CUIDADOS DIFERENCIADOS: DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO

O desenvolvimento de competências exige a aquisição de conhecimentos prévios (saberes) e a realização de determinadas ações (fazer) em contextos específicos (Teixeira, 2010). Competência poderá assim ser definida como a atitude e habilidade para saber-fazer algo em determinada área do conhecimento. Como tal, neste capítulo, organizado em quatro subcapítulos, é apresentada a metodologia do projeto, as suas finalidades e objetivos, as considerações éticas, bem como descritas e analisadas as principais atividades desenvolvidas no estágio, promotoras da construção do “*caminho para os cuidados diferenciados*”, na área da EMC, na vertente da pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil.

2.1. Metodologia do projeto

Perante a problemática da fragilidade na pessoa idosa, e considerando a finalidade e os objetivos traçados, optou-se por selecionar para o desenvolvimento do estágio a metodologia de trabalho de projeto, pois permite: estudar um problema concreto da realidade social (neste caso a fragilidade); realizar uma prática participativa, controlada e reflexiva, assente no conhecimento teórico; identificar e resolver problemas; e planejar estratégias e medidas de intervenção (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Esta metodologia possibilita o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência científica, uma flexibilidade na escolha dos procedimentos, uma adaptação ao longo do desenvolvimento do projeto, compreender e interferir num determinado contexto, o planeamento de ações que transformem e melhoram uma realidade concreta. A mesma contempla vários momentos que podem ser agrupados em 3 fases: a planificação do projeto (diagnóstico da situação; definição de objetivos, elaboração das atividades e dos indicadores de avaliação); o desenvolvimento do projeto (execução das atividades e avaliação do trabalho); e a divulgação dos resultados (relatório final, artigo científico) (Ruivo *et al.*, 2010). Neste sentido, o presente relatório corresponde exatamente às últimas duas fases desta metodologia. A sua primeira etapa, a de planificação do projeto, decorreu em contexto da unidade curricular opção II do 2º semestre do curso.

2.2. Finalidades e objetivos

O estágio desenvolvido foi planeado para atingir uma **dupla finalidade**: adquirir competências como enfermeiro mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa idosa, e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil através da capacitação e consciencialização das equipas de enfermagem, nos diferentes contextos de cuidados (primários e secundários) onde se desenvolverá o projeto, para a problemática da fragilidade, nomeadamente, para as suas consequências adversas, instrumentos de diagnóstico e medidas preventivas. Para tal foram delineados como **objetivos gerais**: desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou o seu cuidador, na prevenção dos riscos da fragilidade (**objetivo geral n.º1**); desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa (**objetivo geral n.º2**); e determinar a prevalência da fragilidade, segundo o IFT, numa amostra da população idosa de uma USF e de um serviço de Medicina (**objetivo geral n.º3**); e como **objetivos específicos**: Aprofundar conhecimentos sobre a fragilidade na pessoa idosa; analisar o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil e/ou seu cuidador; desenvolver cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador na prevenção da fragilidade e promoção do cuidado de si; Mobilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador, na prevenção dos riscos da fragilidade; capacitar a equipa de enfermagem para o desenvolvimento de intervenções de prevenção da fragilidade na pessoa idosa em contexto hospitalar; e caracterizar o perfil da fragilidade de uma amostra da pessoa idosa no contexto de uma USF e de um serviço de Medicina. No apêndice I são apresentados de forma esquematizada os objetivos gerais e específicos e as respetivas atividades realizadas, indicadores de avaliação e recurso necessários.

2.3. Locais de implementação do projeto

Para a consecução das finalidades e objetivos definidos optou-se por selecionar dois contextos de cuidados de saúde distintos: uma USF, pertencente ao ACES Lisboa Norte e um serviço de Medicina, do CHULN.

A razão que justifica a escolha destes dois locais de estágio prende-se com o facto de se tratarem de contextos que abrangem uma população significativamente idosa^{16,17}; serem favoráveis ao desenvolvimento de competências como enfermeiro mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e estarem recetivos ao desenvolvimento do projeto de estágio sobre a problemática da fragilidade. No apêndice II é apresentada a caracterização de ambos os contextos de estágio.

Após a escolha das respetivas unidades de cuidados e o planeamento do projeto de estágio seguiu-se a fase dos pedidos de autorização. Assim, para a USF, foi requerido e autorizado um período de estágio entre o dia 24 setembro e 16 de novembro de 2018, e para o estágio de Medicina um período entre 19 de novembro de 2018 e 8 de fevereiro de 2019.

2.4. Considerações éticas

As atividades de estágio foram delineadas e, posteriormente, realizadas em linha com todos os princípios éticos e deontológicos subjacentes à profissão, bem como o cumprimento das normas internas das respetivas unidades de saúde. Desta forma, foi assegurada a autorização para a realização dos estágios e projeto pelas entidades responsáveis pelos mesmos (diretora executiva do ACES e diretora de enfermagem do CHULN), elaborados consentimentos informados, livres e esclarecidos para serem apresentados aos participantes nas entrevistas, estudos de caso e investigação; pedido o parecer às Comissões de Ética (CE) para a Saúde do ACES Lisboa Norte e do CHULN para a realização dos estudos de investigação; e requerida a autorização para a utilização da versão portuguesa do IFT, no trabalho de investigação.

2.5. Atividades realizadas e resultados obtidos

As atividades realizadas durante o projeto de estágio foram programadas em consonância com a finalidade e objetivos delineados. Assim, por forma a uma melhor compreensão e análise das mesmas este subcapítulo será dividido em três partes, correspondentes exatamente aos objetivos gerais traçados.

¹⁶ Em julho de 2018 a população inscrita era de 10064, sendo que desta cerca de 21 % correspondia a pessoas idosas (dados fornecidos pela USF na fase de planificação do projeto).

¹⁷ A análise dos dados relativamente à idade cronológica das pessoas internadas nos primeiros 6 meses de 2018, revelou que: 81 % das mesmas tinham idade igual ou superior a 65 anos; por cada 10 pessoas idosas internadas, 8 tinham idade superior ou igual a 75 anos (dados obtidos na fase de planificação deste projeto).

2.5.1. Atividades direcionadas para o objetivo geral n.º 1

Nesta primeira parte serão descritas e analisadas as atividades que permitiram desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou o seu cuidador, na prevenção dos riscos da fragilidade.

Atividade 1 – Elaboração de duas revisões *scoping*

O aumento exponencial de artigos científicos é uma realidade atual que coloca enormes desafios ao investigador no momento de analisar o estado de arte de determinado tema. Uma estratégia comum, útil e facilitadora do acesso ao conhecimento sobre o fenómeno em estudo consiste na realização de revisões de literatura (Ribeiro, 2014; Vilelas, 2017). Vilelas (2017) refere que a opção por um tipo de metodologia de revisão relaciona-se com fatores como os objetivos, a questão, o tempo e o nível de profundidade da investigação. O autor (2017) acrescenta que o propósito da mesma consiste, não somente, em reunir o saber sobre determinado assunto, mas também em realizar uma apreciação crítica sobre o mesmo. Considerando tais princípios e com a finalidade de aprofundar conhecimentos sobre o fenómeno da fragilidade no nosso país foram realizadas duas revisões de literatura segundo o método *scoping*. A escolha deste processo de revisão relaciona-se com o fato de ser, segundo *Joanna Briggs Institute* (2015), uma metodologia que permite conhecer e explorar a literatura cinzenta e a evidência científica existente sobre determinado assunto e, como tal, orientar novas ou diferentes investigações de acordo com a avaliação crítica realizada.

O acesso à evidência científica, necessário para a realização das revisões de literatura, ficou simultaneamente mais facilitado, devido às bases de dados eletrónicas que compilam os estudos realizados a nível mundial, e complexo, devido à brutal quantidade de investigação existente. Tal realidade exige uma estratégia de pesquisa bem delineada e sistematizada (Ribeiro, 2014). Nos Apêndices III e IV são apresentadas as duas revisões *scoping* realizadas. Cada uma delas estruturada em quatro partes: a introdução, que justifica a sua elaboração; o desenvolvimento, intitulado “Desenho e resultados da investigação”, onde é apresentado o método a estratégia de pesquisa, a questão de investigação, os critérios de inclusão, a estratégia de pesquisa e a apresentação e discussão dos resultados; as

considerações finais, que refletem sobre a revisão; e, por último, as referências bibliográficas.

Para a realização das revisões *scoping* foram utilizados como motores de busca eletrônicos a EBSCO Host e a B-on. Estes permitiam aceder a diferentes bases de conhecimento científico com destaque, como é o caso da MEDLINE completo e a CHINAL completo. A sua operacionalização seguiu o protocolo de pesquisa definido pelo *Joanna Briggs Institute* (2015).

Importa referir que durante o desenvolvimento do estágio foram realizadas outras revisões narrativas da literatura com o propósito de fundamentar a problemática do estudo e orientar os cuidados.

Resultado: A elaboração desta revisão de literatura permitiu melhorar as competências na elaboração de investigação segundo a metodologia de revisão *scoping*; desenvolver conhecimento mais rigorosos e aprimorados sobre a fragilidade na pessoa idosa; determinar qual a prevalência da fragilidade nos estudos realizados na comunidade portuguesa; e identificar as intervenções direcionadas para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa. Tais contributos foram importantes para orientar e fundamentar as minhas intervenções na área do cuidado à pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil, bem como justificar algumas atividades desenvolvidas durante o estágio, dos quais destaco os estudos de investigações sobre a prevalência da fragilidade na pessoa idosa que frequenta a USF e o serviço de Medicina.

Atividade 2 – Processo de socialização na USF

A socialização, em psicologia, é definida como o processo pelo qual a pessoa apreende os padrões de comportamento típicos de um determinado contexto (Gleitman, 1999). Segundo Berger e Luckman (2010), a mesma é continua, inicia-se na infância (socialização primária), manifestando-se sempre que o indivíduo se integra em diferentes contextos sociais (socialização secundária). A sua efetivação resulta de um conjunto de aprendizagens e interações sociais, experienciadas nas diversas situações do quotidiano (Almeida, Machado, Capucha & Torres, 1995). O sucesso deste processo é fundamental para uma integração eficaz da pessoa em novos e diferentes contextos.

Como elemento estranho e não integrante da equipa da USF defini estratégias que permitissem uma rápida socialização¹⁸ e integração na mesma, e como tal, otimizar o meu rendimento e sucesso no estágio. Assim, as ações desenvolvidas consistiram em acompanhar os enfermeiros e a minha orientadora local de estágio em todas as suas atividades; indagar e consultar os documentos disponíveis sobre a missão, valores e objetivos associados à USF; identificar os serviços e cuidados prestados à população idosa; conhecer toda a dinâmica de funcionamento organizacional; interagir com a equipa multidisciplinar; transmitir o meu papel, objetivos e benefícios do desenvolvimento do estágio naquela contexto específico.

Resultados: O sucesso do processo de socialização¹⁹ na USF traduz-se pelos conhecimentos obtidos e objetivamente explanados neste relatório. A minha aceitação e receção na equipa da unidade de saúde foi claramente positiva logo desde o primeiro dia de estágio. Tal circunstância, condicionou favoravelmente a minha ação e capacidade para operacionalizar as intervenções e estratégias delineadas.

O acompanhamento de diversos elementos da equipa de enfermagem permitiu conhecer os cuidados prestados pela unidade de saúde; a dinâmica de funcionamento organizacional; identificar o perfil de pessoa idosa observada pelos enfermeiros nas consultas e nas visitas domiciliárias; perceber a filosofia e importância da figura do enfermeiro de família e o papel interventivo deste no seio da restante equipa; transmitir à equipa, de forma mais próxima e personalizada, a problemática da pessoa idosa, eventual ou efetivamente, frágil e a necessidade emergente de medidas de prevenção. Foi igualmente necessário a consulta de outras fontes de informação, da quais destaco os manuais de normas da USF e os sites institucionais da respetiva unidade, DGS e do ACES Lisboa Norte.

Poderá concluir-se que, através da socialização na USF desenvolveu-se um conjunto de conhecimentos mútuos que resultaram em benefícios pessoais, organizacionais (equipa multidisciplinar) e para o alvo dos cuidados de saúde (família e pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil).

¹⁹ Sociologia Secundária segundo a definição de Berger e Luckman (2010).

Atividade 3 – Entrevistas à assistente social e psicóloga da ACES Lisboa Norte

A entrevista como método de recolha de informação constituiu-se como uma técnica que exige um planeamento prévio, que passa pela definição de objetivos, a construção de um guião e pelo contacto dos entrevistados (Vilelas, 2017). Vilelas (2017) acrescenta ainda que para o sucesso da mesma deverão ser respeitados alguns princípios, aparentemente exíguos, mas fundamentais. A salientar a aparência adequada do entrevistador, o reconhecimento dos dados relevantes fornecidos pelo entrevistado, a capacidade imparcial e focada de dirigir a entrevista e a correta gestão do local e tempo da mesma, por forma a não existirem condicionalismos que afetam os resultados obtidos. A entrevista, através da interação pessoal, permite aprofundar conhecimentos sobre uma determinada matéria (Almeida *et al.*, 1995), e, simultaneamente, proporcionar ao entrevistado a expressão dos seus conhecimentos, expectativas e opiniões sobre determinados assuntos, sendo que, de acordo com seu grau de formalização, esta pode ser aberta, semiestruturada ou estruturada (Vilelas, 2017).

O conceito de fragilidade, adotado na abordagem à pessoa idosa, atribuí relevante significado as dimensões de domínio social e psicológico, o que tornou imperativo a realização de uma entrevista à assistente social e psicóloga, no sentido de compreender diversos aspetos da assistência à população abrangida pela unidade de saúde, nomeadamente, as suas perceções sobre o fenómeno da fragilidade na pessoa idosa, como se organiza o serviço social e psicológico, qual o perfil dos clientes²⁰ que recorrem aos seus serviços e como se processa o encaminhamento para estes profissionais.

Considerando os objetivos pretendidos com esta atividade, optou-se pela realização de uma entrevista semiestruturada, por permitirem aos entrevistados exprimirem-se, usufruindo de uma certa liberdade de pensamento, sobre os diversos assuntos propostos, sem que se dispersassem para além dos pontos delineados e definidos no guião. Este último é uma ferramenta importante durante a entrevista pois serve o propósito de orientar o entrevistador, balizar o discurso dos entrevistados e prevenir a sua dispersão por temas inapropriados ao objeto de estudo definido (Ruquoy, 1997).

²⁰ Neste documento foi adotado o termo cliente para definir pessoa ou indivíduo que, independentemente da idade cronológica, recebe cuidados de saúde. Esta terminologia, segundo a OE (2012a), transparece o papel ativo e participativo da pessoa nos cuidados de saúde.

A entrevista foi previamente combinada por via telefónica. Neste primeiro contacto, como recomenda Vilelas (2017), foi transmitido o objetivo da entrevista, a importância das suas participações, o tempo previsto para a execução da mesma e, por último, combinado o local e hora para a sua efetivação. Em ambas as situações, a entrevista ocorreu nos seus gabinetes localizados numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do ACES Lisboa Norte. Como é expectável de acordo com os princípios ético-legais, as entrevistas foram procedidas pelo consentimento informado e esclarecido por parte dos entrevistados.

No apêndice V são apresentadas ambas as entrevistas realizadas, bem como os respetivos guiões utilizados durante a mesma.

Resultado: O enfermeiro especialista, para prestar cuidados de qualidade e diferenciados tem que obrigatoriamente conhecer a realidade organizacional e populacional da instituição onde se encontra inserido. Como elemento não pertencente à equipa da USF e, como tal, com poucos conhecimentos sobre este contexto organizacional específico, considerei pertinente e produtiva a realização desta atividade. Ademais, o fato da fragilidade ser entendida neste projeto como resultado de alterações nos domínios físico, psicológico e social, reforçou a importância das entrevistas à assistente social e psicóloga.

As duas entrevistas realizadas contribuíram favoravelmente para a aquisição de conhecimentos sobre diversas matérias ligadas ao apoio social e psicológico: o entendimento do funcionamento de toda a dinâmica organizacional dos dois departamentos, conhecer a perceção sobre o fenómeno da fragilidade na pessoa idosa, determinar o perfil da população atendida pela assistente social e psicóloga e identificar os principais recursos sociais existentes na comunidade (Apêndice VI). Como contributos para a equipa salienta-se o facto de ter permitido promover uma maior sensibilização sobre a temática da fragilidade e das medidas interventivas.

A análise ao conteúdo das entrevistas permitiu determinar alguns pontos comuns e relevantes para a problemática da fragilidade: o número de pessoas idosas que recorrem aos dois departamentos é minoritário, há a perceção de um aumento das situações de demência no idoso, os recursos existentes na comunidade não são suficientes nem adequados para as necessidades encontradas na população e existe pouca consciencialização sobre a fragilidade e a sua problemática. Este último ponto

evidencia a necessidade de implementação de medidas de sensibilização direcionadas para estes profissionais de saúde.

Considerando a relevância das dimensões social e psicológica na abordagem multidimensional da fragilidade na pessoa idosa, importa à enfermagem desenvolver um trabalho de parceria e articulação mais próxima com a equipa multidisciplinar, nomeadamente, onde se incluem a assistente social e psicóloga, no sentido de promover uma resposta eficaz, personalizada e com qualidade às necessidades evidenciadas pela pessoa idosa que recorre a qualquer instituição de saúde.

Atividade 4 – Construção de um instrumento de colheita de dados

O processo de enfermagem (Apêndice VII), segundo Potter, Perry, Stockert e Hall (2018), é um método de trabalho sistemático e abrangente que permite colher e analisar dados sobre a pessoa, família ou cuidadores; descrever as reações/expectativas a determinados problemas; delinear intervenções; prever resultados e avaliar a eficácia dos cuidados prestados. De acordo com os mesmos autores (2018) este processo é constituído por cinco fases sequenciais e interrelacionadas (colheita de dados, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação) baseadas no método científico, que apoia a tomada de decisão e exige do enfermeiro competências a nível do pensamento crítico²¹. A primeira fase deste processo acontece logo após o contacto com o indivíduo e permite obter informação relevante e organizada, não apenas, sobre as suas necessidades e problemas, como também, da sua família e/ou cuidador. Inerentes à mesma estão associadas três atividades essenciais: a colheita de dados objetivos e subjetivos, através da entrevista, avaliação física, observação, diagnóstico médico e os resultados de exames auxiliares de diagnóstico; a organização desses dados e a sua documentação/registo (Souza, Barros, Michel, Nobrega & Ganzarolli, 2015). Trata-se de uma etapa importante e o alicerce das seguintes, na medida em que todas as informações aqui obtidas vão nortear as decisões diagnósticas e de intervenção, bem como influenciar a avaliação dos resultados.

A relevância atribuída à apreciação inicial (primeira fase) tem desencadeado, segundo Souza *et al.* (2015) o desenvolvimento de diferentes (no conteúdo e forma) instrumentos de colheita de dados. Não obstante a essa diversidade, verifica-se que

²¹ O pensamento crítico é processo cognitivo intencional de reflexão e julgamento sobre os problemas identificados, que orienta a tomada de decisão clínica (Watson & Glaser, 2010). Envolve competências como a interpretação, análises, avaliação, inferência, explicação e autocritica (Facione, 2015).

em todos eles se encontra subjacente uma cultura institucional, uma determinada filosofia de cuidados e crenças profissionais (Souza *et al.*, 2015).

Assim, a importância da primeira fase do processo de enfermagem e a inexistência de um instrumento de colheita de dados adaptado à prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil e/ou o seu cuidador, constituíram-se como fatores condicionantes do desenvolvimento da presente atividade.

O resultado desta atividade foi o desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados (Apêndice VIII), conceptualmente e estruturalmente, assente na filosofia de modelo de cuidados em parceria de Gomes (2016) (Apêndice IX) e no método de avaliação multidimensional da pessoa idosa e/ou seu cuidador (Apêndice X). Este último permite identificar problemas, planejar intervenções e melhorar os resultados adversos da pessoa idosa frágil (Westgård, Wilhelmson, Dahlin-Ivanoff & Hammar, 2019). Através do mesmo, é possível obter um retrato global do idoso e identificar quais os domínios de funcionamento humano que se encontram alterados. O seu propósito, segundo Ermida (2014), consiste em orientar e gerir os planos de cuidados, os recursos e as intervenções de saúde, por forma a responder às necessidades individuais identificadas. Quanto à sua operacionalização, a mesma realiza-se através de diferentes estratégias: observação direta, entrevista semiestruturada, juízo clínico e a utilização de uma vasta gama de instrumentos de avaliação (Sequeira, 2018). Estes últimos deverão ser selecionados segundo certos princípios, tais como, serem fiáveis, de preenchimento simples e rápido e bem aceites pelo idoso (Ermida, 2014).

Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill e Langhorne (2011) referem que as escalas de medida são fundamentais para a determinação do diagnóstico da situação, a avaliação do prognóstico, a monitorização e para o apoio à tomada de decisão. Sequeira (2018) acrescenta que as mesmas devem ser aplicadas de forma racional e personalizada a cada situação, não devendo substituir nunca os restantes métodos de avaliação (observação direta, entrevista semiestruturada, juízo clínico).

Ermida (2014) refere que existe um consenso entre diversos autores que a avaliação multidimensional deve centrar-se nos 4 domínios propostos por Rubinstein (1995): físico, mental, funcional e social.

Para a avaliação de cada uma das dimensões foram selecionados os seguintes instrumentos de medida: para o **domínio psicológico e mental** o *Mini Mental State*

Examination (MMSE) (Anexo I) e a Escala Depressão Geriátrica abreviada (GDS-15) (Anexo II); para o **domínio físico** a Escala de *Braden* (Anexo III), o Questionário *Mini Nutritional Assessement* (Anexo IV), a Escala de *Morse* (Anexo V), a *Medical Research Council Dyspnea Scale* (Anexos VI) e *Muscle Scale* (Anexos VII)]; para o **domínio funcional** a Escala de *Tinetti* (Anexo VIII), a Escala de Classificação Funcional da Marcha de *Holden* (Anexo IX), o Índice de *Barthel* (Anexo X), Índice de Lawton & Brody (Anexo XI)]; para o **domínio social** a Escala de Avaliação Sociofamiliar de *Gijón* (Anexo XII), a Entrevista de *Zarit* (Anexo XIII), o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (Anexo XIV), a Escala de APGAR familiar (Anexo XV)]; e para os **domínios físico, psicológico e social** o IFT (Anexo XVI).

O desenvolvimento e posterior aplicação do instrumento de colheita de dados mostrou-se fundamental no desenvolvimento de cuidados no contexto da comunidade e hospitalar, na medida em que permitiu, através do processo de parceria de Gomes (2016) e da avaliação multidimensional, identificar os problemas e necessidades da pessoa idosa, determinar os seus recursos e potencialidades de desenvolvimento e desenvolver planos de cuidados personalizados, que asseguram o cuidado da pessoa por si ou cuidador (o outro).

Atividade 5 – Prestação de cuidados e realização de um estudo de caso na comunidade

A prestação de cuidados é uma das competências transversais a todos os enfermeiros, independentemente do seu nível de formação e do contexto onde o mesmo se insere (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro; OE, 2012b). Neste âmbito, o enfermeiro deverá contribuir para a promoção de saúde da população; adotar como método de orientação das suas tomadas de decisão o processo de enfermagem; ter competências ao nível comunicacional e inter-relacional; assegurar um trabalho multidisciplinar; delegar e supervisionar as atividades associadas aos cuidados e garantir ambientes seguros (OE, 2012b). Como enfermeiro especialista acrescentam-se, a este domínio de competências, a sua capacidade de melhorar, pela adequada gestão dos recursos humanos e materiais, a eficácia, a eficiência e a qualidade dos cuidados. Cabe ao mesmo, ter sempre presente outros domínios igualmente fundamentais, tais como, a responsabilidade profissional, ética e legal; o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e a MCQ dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro). Este último, merece especial destaque

pois é uma das preocupações da OE desde a sua criação, tendo, como tal, a mesma definido seis padrões de qualidade expectáveis para a prestação de cuidados dos enfermeiros: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012a).

A enfermagem é uma profissão transversal a todos os sistemas de apoio formais (CSP, secundários e terciários), assumindo um papel fulcral na assistência da população durante todo o seu ciclo de vida.

No âmbito dos CSP, o papel do enfermeiro tem, ao longo dos últimos anos, vindo a ser referido como primordial e influenciador da promoção da saúde e prevenção da doença (Ministério da Saúde [MS], 2017). Tal importância evidenciou-se pela criação da figura do enfermeiro de família, no Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto de 2014. Segundo este, o mesmo, no âmbito das suas funções, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, nas diferentes fases do ciclo de vida da família (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto). Tal decreto acrescenta ainda a importância do seu papel na ligação entre a família, os restantes elementos da equipa de interdisciplinar e os recursos da comunidade, no sentido de garantir uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde. Na comunidade, o enfermeiro de família desenvolve assim ações na área da educação,

A figura do enfermeiro de família surgiu no contexto de uma profunda reforma a nível da estrutura organizacional dos CSP, da qual se destaca a criação dos ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro). Estes, considerados serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, compreendem diversas unidades funcionais, nomeadamente a USF (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro).

As USF são consideradas unidades de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, constituídas por equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, pessoal administrativo) e organizadas segundo três modelos de desenvolvimento (A, B e C) (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto), que variam de acordo com o seu estatuto jurídico, grau de autonomia organizacional, modelo de incentivo dos profissionais e plano de financiamento (Administração Central dos sistemas de Saúde, 2019). A sua missão, independentemente da tipologia (A, B, C), consiste na prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita

numa determinada zona geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto).

Os enfermeiros, independentemente do local de ação e/ou do tipo de unidade funcional, orientam os seus cuidados segundo diversas filosofias ou paradigmas, que traduzem os seus princípios sobre conceitos como a enfermagem, a saúde/doença, o ambiente, a pessoa e os cuidados prestados. Neste sentido, importa salientar a importância do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2016), no contexto dos cuidados de enfermagem à população, potencialmente ou efetivamente, frágil. A utilização deste modelo revelou-se adequado e fundamental, pois permitiu ao enfermeiro, não apenas, estabelecer uma relação eficaz com o idoso e/ou cuidador, como também, como determinar as suas reais necessidades e potencialidades. Tratou-se de um processo que facilitou a avaliação, o diagnóstico e a implantação de medidas de intervenção dirigidas e personalizadas, e, como tal, a construção de projeto de cuidados. Segundo Collière (1999, 2001), a elaboração do projeto de cuidados inicia-se por um processo de descoberta e descodificação das dificuldades e problemas da pessoa e/ou do seu cuidador e pela procura da melhor forma de lhes dar resposta. A mesma autora (1999, 2001) acrescenta que os utilizadores dos serviços de saúde, a pessoa e/ou o seu cuidador, devem ser considerados como elementos com um papel ativo e cooperativo, ou seja, parceiros dos cuidados. Gomes (2016) refere que a relação de parceria é um processo, promotor do cuidado de si (por si ou pelo outro), constituído por diferentes fases (revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, assumir o controlo de si próprio ou assegurar o cuidado do outro), e caracterizado por: envolver a construção de uma ação conjunta ou de uma ação em que o cuidado de si, caso a pessoa não seja autónoma, é assegurado pelo enfermeiro ou cuidador (partilha de poder na relação de cuidados); promover a autonomia da pessoa idosa e/ou seu cuidador; facilitar a integração da pessoa idosa e/ou seu cuidador no contexto da interação social; centrar o cuidado na singularidade da pessoa; e permitir controlar e prosseguir com o projeto de vida e de saúde.

No seguimento do anteriormente exposto é igualmente imperativo referir que no cuidado à pessoa idosa se considerou a fragilidade como um conceito multidimensional baseado no modelo integral de Gobbens *et al.* (2010). Na perspetiva deste, o fenómeno da fragilidade desencadeia alterações em diversas dimensões do

funcionamento Humano (físico, psicológico e mental), como resultado de determinados fatores influenciadores do curso de vida (género, idade, educação, rendimento, etnia, estado civil, ambiente residencial, estilo de vida, biológicos).

A presente atividade foi delineada no sentido de permitir desenvolver, na USF, cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador na prevenção da fragilidade e na promoção do cuidado de si. Como tal, durante o período de estágio foram elaborados projetos de cuidados personalizados às necessidades, problemas e capacidades/potencialidades de cada pessoa idosa e respetivo familiar e/ou cuidador, tendo como método subjacente e orientador dos mesmos, o processo de enfermagem.

A garantia da continuidade dos cuidados de saúde à população idosa foi assegurada pelos registos de enfermagem realizados na aplicação digital utilizada na USF, o S Clínico²² – CSP. A qualidade dos registos é um aspeto fundamental no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que os mesmos são uma forma de comunicação interdisciplinar; contribuirão para o planeamento dos cuidados e avaliação dos mesmos; permitirão a continuidade dos cuidados; e servem como fonte de aprendizagem, investigação, apoio legal e histórico (Albuquerque e Delgado, 1998).

Durante a prestação de cuidados na USF foi desenvolvido um estudo de caso sobre uma pessoa idosa frágil a residir na comunidade, o Sr. Verde. A escolha do método é justificada pelo facto de permitir investigar, compreender e analisar um determinado fenómeno, podendo o mesmo incidir sobre um indivíduo, família, grupo ou organização (Ventura, 2007; Vilelas, 2017). Assim, no processo formativo do enfermeiro especialista é evidente que a realização deste tipo de estudos, assumem significativa relevância, na medida em que contribuem para o aperfeiçoamento das competências a nível da prestação de cuidados, como resultado do processo de reflexão sistematizada sobre situações de saúde e histórias de vida concretas. Estas características, inerentes ao estudo de caso, tornaram esta atividade necessária e fundamental para: a aquisição de novos conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e os diferentes instrumentos de avaliação multidimensional; a prevenção da fragilidade na pessoa idosa; e a promoção de momentos de reflexão sobre a importância, pertinência e adequação do modelo de prestação de cuidados de Gomes (2016).

²² É um sistema de informação abrangente que permite consultar o regime terapêutico do cliente, marcar consultas e tratamentos/atos de enfermagem, realizar registos de enfermagem, entre outras possibilidades (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2017).

No contexto da prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil foi aplicado o IFT, um instrumento de triagem, que permite realizar uma caracterização sociodemográfica do idoso e determinar a presença de fragilidade, bem como dos fatores que contribuem para a mesma. A utilização do mesmo integrava-se na atividade de investigação e tinha como objetivo identificar o perfil da fragilidade na pessoa idosa inscrita na respetiva USF.

Resultados: A prestação de cuidados de enfermagem em saúde primária, permitiu aprofundar conhecimentos sobre a dinâmica do trabalho desenvolvido na comunidade; o papel do enfermeiro de família na promoção da saúde e prevenção das situações de doença; observar os aspetos relacionados com o processo de envelhecimento; desenvolver medidas de prevenção da fragilidade; e refletir sobre a importância, pertinência e adequação dos modelos de prestação de cuidados de Gomes (2016), nomeadamente, através da realização do estudo de caso.

A preparação para o estágio nos CSP exigiu um trabalho de revisão e aprofundamento de conhecimentos sobre todo o seu contexto histórico, organizacional e político. Para uma adequada integração e prestação de cuidados foi, assim, necessário estudar sobre a filosofia dos CSP; a sua organização estrutural (ACES e as respetivas unidades funcionais de saúde); a missão e objetivos das USF; compreender a dinâmica de trabalho das equipas multidisciplinares integrantes da USF; identificar o papel do enfermeiro de família; conhecer a realidade demográfica da respetiva unidade de saúde e os recursos existente na comunidade. Acrescenta-se ainda uma outra necessidade igualmente fundamental: saber operar com a aplicação S Clínico – CSP. Apesar de ser um *software* utilizado em diversas instituições de saúde públicas, não o é no meu local de trabalho. Não obstante a tal facto, rapidamente existiu uma adaptação ao mesmo. O conhecimento deste sistema era primordial, pois foi através do mesmo que realizava atividades inerentes à prestação de cuidados, como aceder à Plataforma de Dados da RNCCI²³; ao histórico de saúde da pessoa, aos exames auxiliares de diagnóstico e consultas marcadas ou realizadas; aos registos médicos, aos diagnósticos e intervenções de enfermagem delineados; entre outros. Para além de consulta, o programa constitui um apoio à operacionalização quase integral do processo de enfermagem, mais concretamente,

²³ O programa informático utilizado é a Gestcare CCI. O mesmo, desenvolvido pela Care4IT, tem como foco o indivíduo e permite responder às necessidades de registo e monitorização dos vários utilizadores da Rede (EGA, Centros de Saúde, ECL, ECR, Prestadores de cuidados, UMCCI) (Care4IT, 2019)

a recolha de dados, recorrendo a diversos instrumentos de avaliação (escalas e índices de medida), a formulação de diagnósticos e respetivas intervenções, e a (re)avaliação das mesmas. Salienta-se que o programa, como instrumento meramente auxiliar dos cuidados, tem como objetivo apoiar os enfermeiros nos seus julgamentos clínicos e nas tomadas de decisão. Ao mesmo acrescentam-se outras vantagens como a centralização de informação, a acessibilidade, a rapidez de consulta e a visibilidade oferecida os cuidados de enfermagem e aos respetivos ganhos de saúde da população alvo.

Durante o estágio foram prestados cuidados de enfermagem a inúmeras pessoas idosas com ou sem fragilidade, segundo o modelo de parceria de Gomes (2016), constituído pelas suas cinco fases (identificar-se, envolver-se, capacitar, comprometer-se e assumir ou assegurar o cuidado de si); e assente no pressuposto que cada indivíduo tem o seu projeto de vida e o direito de o controlar, cuidando de si, por si ou com o apoio do outro, familiar ou cuidador. São ainda aspetos caracterizadores deste modelo a sua centralidade na singularidade da pessoa, envolver a construção de uma ação conjunta com a pessoa ou seu cuidador, ser promotor da autonomia e facilitador da integração no respetivo contexto social. Um outro aspeto relevante e inerente ao sucesso do mesmo é a necessidade de se proporcionar espaço e tempo na relação de cuidados, pois só assim que consegue estabelecer uma relação de confiança e qualidade que permite identificar necessidades, problemas e potencialidades na pessoa idosa e/ou seu cuidador, e, conseqüentemente, capacitá-los, através do desenvolvimento de determinadas intervenções personalizadas, para assegurarem o cuidado de si, por si ou pelo outro. Sendo este último aspeto a finalidade última do respetivo modelo.

Um exemplo claro da forma como os cuidados foram desenvolvidos na USF é descrito no apêndice XI. Aqui é apresentado um estudo de caso sobre uma pessoa idosa a residir em domicílio próprio, ao qual foi diagnosticado, numa das suas poucas idas à unidade de saúde, fragilidade. Reforça-se a ideia que a abordagem a este fenómeno segundo o modelo integral, que a considera como uma condição tridimensional (física, psicológica e social) que resulta de determinados condicionantes de vida e que tem como efeitos adversos o aumento do risco de quedas, o surgimento de outras doenças, a dependência, a institucionalização, a hospitalização e a morte. Como é visível após a análise do estudo de caso, o mesmo

foi estruturado numa lógica do modelo de parceria e teve como foco a avaliação multidimensional da pessoa idosa, utilizando para tal fim diversos instrumentos de medicação, onde se incluía o IFT. No caso concreto, partindo de uma situação de fragilidade identificada, estabeleceu-se uma relação de parceria com a pessoa idosa (sr. ^o Verde) e seu cuidador (sr. ^o Bruno), a qual permitiu identificar, não só, alguns aspetos limitadores do seu projeto de vida, como também, as potencialidades de desenvolvimento. Após o diagnóstico inicial da situação foram negociadas em conjunto com o próprio e o seu filho (cuidador), estratégias de intervenção no sentido de promover a capacitação de ambos. O resultado do processo negocial entre ambos foi o estabelecimento de compromissos assentes em objetos comuns, relacionados como a resposta aos problemas previamente identificados. A negociação exigiu a partilha informações relevantes, a realização de ensinamentos e o esclarecimento de dúvidas. O propósito da intervenção em parceria com ambos, no respetivo estudo de caso, foi consciencializar sobre os problemas emergentes identificados (debilidade física marcada, alterações cognitivas, alteração na locomoção, desnutrição, o isolamento social e a falta de apoio em algumas atividades de vida instrumentais), informá-los sobre os recursos e alternativas existentes na comunidade e capacitá-los com medidas promotoras da melhoria da debilidade física, cognitiva e social, no sentido de permitir que o sr. ^o Verde progredisse e assegurasse o seu projeto de vida e saúde, de forma independente ou com a ajuda do filho. Concluído o estudo de caso poderá dizer-se que o mesmo, ao permitir conhecer, analisar, refletir e intervir numa situação concreta de saúde/doença, ocasionou uma aprendizagem enriquecedora, em áreas como o fenómeno do envelhecimento, o próprio processo de parceria dos cuidados, a avaliação multidimensional da pessoa idosa e os respetivos instrumentos de medição. Ou seja, o mesmo constituiu-se como uma atividade importante na consolidação de conhecimento e da prática, contribuindo para a melhoria das competências individuais, com ganhos evidentes na qualidade dos cuidados prestados.

Atividade 6 – Participação em eventos formativos extracurriculares

Na fase de planeamento do projeto de estágio, abril de 2018, surgiu a oportunidade de participar numa sessão formativa organizada pelo centro de formação do CHULN, subordinada ao tema: *“Referenciação de Doentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – papel do Enfermeiro”*

(Anexo XVII). A mesma, com os objetivos de apresentar a RNCCI, nomeadamente, os seus objetivos, tipologias, unidades de internamentos, critérios de referência e a constituição das suas equipas; e explicar a dinâmica de funcionamento da referência; foi apresentada pela enfermeira especialista de reabilitação pertencente à Equipa de Gestão de Altas (EGA) do respetivo polo hospitalar.

Em dezembro de 2018, em pleno desenvolvimento do estágio no serviço de medicina, fui convidado para assistir ao 1º Congresso de Enfermagem de Reabilitação do CHULN (Anexo XVIII), no qual foram apresentadas temáticas relevantes para os cuidados de enfermagem à pessoa idosa, nomeadamente, nas áreas da reabilitação cardiovascular e respiratório. Ainda no contexto do congresso, participei num *workshop* sobre Ventilação Não Invasiva (VNI) (Anexo XIX), onde a componente teórica versava sobre os princípios gerais da VNI; os diversos ventiladores, interfaces e modos ventilatórios; as intervenções de enfermagem relacionadas com VNI; e os ensinamentos sobre VNI à pessoa e/ou cuidador. Quanto à componente prática direcionou-se para o manuseamento dos diversos tipos de ventiladores e seus respetivos dispositivos e interfaces.

Resultados: A participação nos anteriores eventos de formação profissional foram momentos importantes para o enriquecimento das competências na área dos cuidados de reabilitação e dos conhecimentos sobre a rede de cuidados continuados. Ambas as temáticas se enquadram no âmbito da prevenção secundária e terciária da fragilidade.

Segundo Pinheiro, Figueiredo e Januário (2014), com a idade o indivíduo vai sofrendo alterações fisiológicas, que condicionam a sua performance física, desencadeando uma diminuição a nível da capacidade aeróbica; da força muscular; da amplitude articular; da flexibilidade; do equilíbrio; da coordenação; e um aumento da fadiga às diversas atividades diárias. Como tal, a reabilitação constituiu-se como uma área fundamental para a melhoria do desempenho nas atividades de vida diárias, na redução dos riscos de acidentes involuntários (quedas, queimadura, cortes, entre outros) e na prevenção das incapacidades (Pinheiro *et al.*, 2014). Menoita (2012) define reabilitação como um processo educativo, dinâmico e progressivo, cujo objetivo consiste na recuperação funcional (física e cognitiva) da pessoa idosa e na sua reintegração na família e comunidade. Ou seja, na melhoria da qualidade de vida do indivíduo. O planeamento dos seus programas deverá ter em consideração alguns

aspetos: serem leves, variados e motivantes; considerarem o nível educacional e económico da pessoa idosa, bem como as condições do domicílio (Pinheiro *et al.*, 2014).

No congresso foram debatidos diversos tipos de projetos e programas em desenvolvimento nos respetivos serviços do CHULN, que cumprem exatamente os pressupostos anteriormente expostos. Os mesmos são variados e incidem sobre indivíduos internados ou acompanhados em ambulatório. A perceção que resultou do congresso foi no sentido de existir uma preocupação crescente na área da reabilitação, sendo o próprio congresso o reflexo de tal tendência.

A formação na área da RNCCI foi extremamente esclarecedora, permitiu fazer a ponte com a atividade seguinte.

Atividade 7 – Estágio de observação da EGA

A população portuguesa, a par do que acontece nos restantes países europeus e mundiais desenvolvidos, tem vindo progressivamente a envelhecer e a registar, não apenas, uma maior prevalência de doenças prolongadas e incapacitantes, como também, alterações a nível das funções familiares, fruto de um conjunto de fatores económicos e sociodemográficos (DGS, 2017). Como tal, torna-se fundamental o desenvolvimento de políticas e programas de apoio aos idosos, assentes em modelo de cuidados integrados que aproxime o indivíduo do seu meio ambiente, que facilitem o acesso a serviços de qualidade e que permitam cuidados flexíveis, transitórios e/ou de longa duração, não pondo em causa a continuidade dos mesmos (DGS, 2006). É neste contexto e com esse pressuposto que, no ano de 2006, é criado em Portugal, como resultado de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, a RNCCI, constituída por um conjunto de organizações públicas e privadas (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho).

A rede de cuidados é um modelo de intervenção articulado, da saúde e da segurança social, de natureza preventiva (nível secundário e terciário) e paliativa, que permite oferecer um apoio fundamental à pessoa idosa efetivamente ou potencial frágil e ou seu cuidador. Como tal, tornou-se imperativo o desenvolvimento desta atividade de observação e perceção de toda a dinâmica que envolve o trabalho das equipas de gestão de alta, e mais concretamente do enfermeiro, no processo de referenciação da pessoa para a RNCCI. Para a consecução da mesma foi realizado

um pedido formal de estágio para acompanhamento de uma das enfermeiras integrantes na EGA, o qual foi prontamente acedido (Anexo XX).

Resultados: A realização da presente atividade, cujos principais aprendizagens se encontram descritas no apêndice XII, permitiu acompanhar a enfermeira da EGA em todas as etapas constituintes do processo de referência, desde o primeiro contacto com a equipa assistencial, passando pela introdução da informação na plataforma da RNCCI e articulação com as diversas equipas coordenadoras do processo, até confirmação da vaga na rede. Assim, o resultado do mesmo foi um conhecimento profundo, completo e esclarecedor de toda a dinâmica organizacional da EGA e dos seus elementos constituintes, e com tal, estar mais desperto para as situações que poderiam beneficiar com a referência, informar e orientar o indivíduo e seus familiares para este recurso no processo de prevenção e reabilitação da situação de saúde e reforçar a importância da necessidade de registos de enfermagem de qualidade. Ou seja, foi uma atividade que contribuiu para a melhoria das competências no âmbito da prestação de cuidados e na resposta às necessidades da pessoa idosa frágil, seus familiares e cuidadores.

Atividade 8- Prestação de cuidados em contexto hospitalar

A maior afluência dos idosos aos hospitais é uma realidade associada aos países mais desenvolvidos, estando a mesma relacionada com aumento da esperança média de vida e da prevalência de doença crónicas (WHO, 2015). A análise aos dados relativos à idade cronológica da população admitida no serviço de Medicina²⁴ revelam que, em linha com o que acontece nos restantes serviços de internamento do CHULN²⁵, a sua maioria tem idade igual ou superior a 65 anos. Tal realidade, efetivamente observada durante o estágio realizado, evidencia a importância e necessidade premente da existência de enfermeiros especialistas na área da pessoa idosa integrados nas equipas dos diversos departamentos hospitalares, onde a mesma seja mais relevante.

No meio hospitalar os cuidados de enfermagem assumem um propósito ligeiramente diferente relativamente aos prestados nas unidades de saúde da comunidade (cuidados primários), uma vez que os mesmos se centram

²⁴ A análise dos dados relativamente à idade cronológica das pessoas internadas nos primeiros 6 meses de 2018 no serviço de Medicina, revelou que: 81 % das mesmas tinham idade igual ou superior a 65 anos; por cada 10 pessoas idosas internadas, 8 tinham idade superior ou igual a 75 anos.

²⁵ Segundo o relatório de contas do CHULN de 2017.

fundamentalmente no diagnóstico e tratamento de doenças (cuidados secundários ou agudos) dos indivíduos, em regime de internamento ou de ambulatório (Potter *et al.*, 2018). Como tal, o enfermeiro em ambos os contextos, primário e secundário, assume um papel na prestação de cuidados assente em prioridades diferentes. Se no caso dos cuidados primários o mesmo se centra mais objetivamente nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, nos cuidados hospitalares o foco é identificar problemas e necessidades agudas (diagnóstico) e definir intervenções de tratamento ou de reabilitação, que permitam o indivíduo recuperar e assumir o controlo da sua situação de saúde. Contudo, não obstante, a essa diferença as competências do enfermeiro, quer seja generalista ou especialista, são transversais. No âmbito da prestação de cuidados é espectável que o enfermeiro oriente a sua prática segundo os melhores fundamentos científicos; adote um ou mais modelos conceptuais orientadores das suas intervenções; utilize o processo de enfermagem, como método científico, para identificar necessidades, diagnosticar problemas, intervir e avaliar o resultado do seu plano de ação; estabeleça relações interpessoais terapêuticas eficazes através de uma boa capacidade de comunicação; promova um ambiente seguro; trabalhe em e com a equipa multidisciplinar desenvolvendo as suas intervenções de forma interdependente e autónoma; garanta elevados padrões de qualidade relativamente aos cuidados de enfermagem (OE, 2012a; 2012b)

Relativamente às instituições de saúde hospitalares importa referir que o seu modelo organizativo e interventivo se tem modificado ao longo dos últimos anos, fruto de uma série de alterações demográficas na sociedade portuguesa que aumentam a procura dos cuidados nas respetivas instituições e, por conseguinte, a necessidade de uma resposta mais eficaz e eficiente, por parte da mesma (MS, 2017). As principais medidas políticas adotadas vão no sentido de procurar reduzir drasticamente o tempo de internamento, melhorar a oferta em cuidados de ambulatório, em gerir adequadamente todos os recursos humanos e materiais, criar uma rede de informação clínica transversal e de acesso facilitado a todos os agentes de cuidados, investir em unidades de cuidados de saúde primárias mais bem organizadas e preparadas, estrutural e profissionalmente, para serem a primeira opção de recurso da população (MS, 2017). Assim, num sistema de saúde desejável, a deslocação ao hospital público não deveria ser considerada como primeira opção, mas como um recurso dos CSP, sempre que se apurasse a necessidade de uma intervenção mais diferenciada

(realização de exames complementares de diagnóstico, observação por especialistas, tratamento especializado).

No contexto hospitalar a organização dos cuidados de enfermagem, como fator influenciador da qualidade dos mesmos, tem evoluído ao longo dos últimos anos, no sentido de se basearem em métodos centrados no indivíduo em detrimento das metodologias orientadas para as tarefas (Parreira, 2005). Os tipos de métodos de prestação de cuidados mais conhecidos são o funcional (ou de tarefa), o individual, o de equipa, o por enfermeiro de referência e o de gestão de casos (Parreira, 2005). A sua adoção nos diferentes contextos da prática hospitalar não é estanque, verificando-se diversas alterações e combinações dos mesmos como resultado da sua adaptação às metas institucionais, recurso disponíveis e às características das equipas e dos indivíduos alvo dos cuidados (Tappen, 2005). Segundo Parreira (2005) a tendência é no sentido de métodos de organização de cuidados centrados na pessoa. Tal facto, espelha a realidade do serviço de Medicina, uma vez o mesmo é pautado pela prestação de cuidados segundo o método individual de trabalho. Este, também conhecido como *total patient care*, caracteriza-se pela distribuição de um determinado número de indivíduo por enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de todos os cuidados ao mesmo durante o seu turno (Parreira, 2005). Trata-se de uma organização de trabalho que privilegia a relação interpessoal (indivíduo/enfermeiro) e promove a individualização dos cuidados, a satisfação dos indivíduos alvo dos cuidados e uma maior comprometimento e responsabilização do enfermeiro (Marquis & Huston, 2009). Ainda no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem destaca-se que o serviço de Medicina está dividido em três turnos (manhã, tarde e noite), que funcionam interruptamente durante 24 horas, variando em cada um deles apenas no rácio de enfermeiro/ indivíduo.

No serviço de Medicina a continuidade dos cuidados de enfermagem é assegurada através duas atividades fundamentais: a passagem de turno/ocorrências e os registos de enfermagem. A primeira (passagem de turno), definida como uma reunião entre elementos da equipa de enfermagem, é considerada pela OE (2001) como um momento relevante de análise das práticas e de formação em serviço, e como tal, promotora da qualidade dos cuidados. Assim, a mesma é fulcral na organização do trabalho de enfermagem; possibilita um tempo de paragem para analisar, discutir e refletir a sua prática; permite ao enfermeiro planear e priorizar

imediatamente as suas intervenções. Também aqui a comunicação assume um papel central, tendo influência direta nos cuidados prestados. A segunda atividade (os registos de enfermagem) processam-se em formato digital, através de um *software* denominado Glintt – HS. Este programa informático de apoio aos cuidados, para além de permitir aceder a informação dos clientes; consultar as prescrições médicas terapêuticas e os exames auxiliares de diagnóstico; gerir as dietas; integra algumas etapas do processo de enfermagem, mais concretamente, a colheita de dados, os diagnósticos, o planeamento das intervenções e a avaliação.

Do ponto de vista conceptual importa referir que, tal como sucedeu na USF, os cuidados de enfermagem basearam-se, fundamentalmente, no modelo de intervenção de parceria de Gomes (2016). Do mesmo modo destaca-se que a fragilidade foi abordada segundo o modelo integral de Gobbens *et al.* (2010) e diagnosticada utilizando o IFT.

No âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa foram realizadas diversas intervenções direcionadas para a promoção da saúde e a prevenção da fragilidade. A fundamentação para a escolha de tais medidas interventivas baseou-se em estudos de investigação secundária desenvolvidos durante o estágio, dos quais saliento a revisão *Scoping*.

No sentido de promover um enriquecimento das aprendizagens a nível dos cuidados prestados à pessoa idosa hospitalizada em situação de fragilidade, optou-se por desenvolver um estudo de caso.

Resultados: A realização desta atividade em contexto hospitalar, mais concretamente no serviço de Medicina, cuja população tem maioritariamente 65 ou mais anos, permitiu adquirir competências e aperfeiçoar a minha prática na área da prestação de cuidados à pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil em contexto de internamento; desenvolver conhecimentos sobre a avaliação multidimensional e os diversos instrumentos de medida; refletir sobre os cuidados prestados, através da realização de um estudo de caso, estruturado segundo o modelo de parceria de Gomes (2016), assente numa abordagem integral da fragilidade e no planeamento conjunto de intervenções como resultado da avaliação global (multidimensional) da pessoa idosa.

O conhecimento da realidade do respetivo serviço de Medicina, fruto da minha experiência profissional na área e da circunstância de ser elemento integrante do

mesmo, permitiu direcionar e rentabilizar o tempo, habitualmente necessário para socializar com a equipa, entender toda a dinâmica de funcionamento de um serviço e os sistemas de informação de apoio aos cuidados, para o aprofundamento de conhecimentos na área do envelhecimento e da prestação de cuidados à população idosa.

A filosofia de cuidados adotada (modelo de parceria) durante a prestação dos mesmos demonstrou ser útil, adequada e eficaz, na medida em que permitiu a construção de uma relação interpessoal (indivíduo, família e/ou cuidador) de confiança, assente na circunstância de existir uma maior disponibilidade temporal e espacial despoletada pelo contexto de internamento; a capacitação e o compromisso com a pessoa e/ou seu cuidador para a promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente, da situação de fragilidade. A circunstância do internamento proporciona assim uma maior proximidade com a pessoa e seu cuidador, acelerando as etapas do processo de parceria e a consecução dos objetivos da mesma: lidar com o grau de vulnerabilidade e dependência da pessoa; promover a partilha dos significados da pessoais na construção do plano de ação; assumir e/ou assegurar o cuidado de si, por si ou pelo outro (Gomes, 2016). Na base do sucesso do processo de intervenção em parceria importa destacar a influência das capacidades de comunicação, negociação e de otimização de espaço e tempo para o estabelecimento da relação interpessoal de qualidade. Ainda neste âmbito conceptual, importa justificar que a adoção da abordagem multidimensional para o fenómeno da fragilidade se relaciona com o facto de se perfilar com as definições atuais de saúde (OE, 2012a) e envelhecimento (Sequeira, 2018), assentes num paradigma holístico da pessoa.

Durante o estágio foram desenvolvidas intervenções em parceria com a pessoa idosa, seu familiar e/ou cuidador no sentido da prevenção da fragilidade e da promoção do cuidado de si. As medidas preventivas implementadas resultam da pesquisa bibliográfica, não estruturada, em diversas fontes do conhecimento científico e de uma revisão de literatura do tipo *Scoping* (Apêndice IV). A título de exemplo, no apêndice XIII, é apresentado, sob a forma de estudo de caso, a situação de cuidados de uma pessoa idosa que, após a aplicação do IFT, revelou a presença de síndrome de fragilidade. No caso selecionado, da S.^a dona Ana²⁶, é possível, após a leitura do mesmo, identificar a forte influência do modelo de intervenção em parceria de Gomes

²⁶ Para proteger o anonimato da pessoa e família retratada no estudo de caso, foram utilizados nomes fictícios.

(2016) na construção de uma relação interpessoal de cuidados (enfermeiro/idoso/cuidador); na identificação dos problemas/ necessidades/ potencialidades da pessoa e sua cuidadora e no planejamento das intervenções de enfermagem. O processo de cuidados em parceria envolveu a mobilização de recursos materiais (para os ensinamentos sobre a diabetes, técnica de transferência e treino de marcha), o apoio da equipa interdisciplinar (nutricionista, médica assistente, fisioterapeuta), a transmissão de conhecimentos (alimentação, técnicas de marcha/transferência, gestão do regime terapêutico, gestão da DM, medidas preventivas da fragilidade, entre outros) e terminou com a alta e o regresso a casa da S.^a dona Ana, capacitada para, de forma independente ou com apoio da filha, seguir o seu projeto de vida e saúde. Salienta-se ainda, como resultado da reflexão do estudo, a importância e contributo do processo de avaliação multidimensional da pessoa idosa na deteção precoce de problemas e na adequação das intervenções de enfermagem.

No respetivo serviço de Medicina onde se desenvolveu o estágio, mais de 80 % de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos deram entrada durante os primeiros seis meses do ano de 2018, contribuindo, tais números, para claramente se poder afirmar que se trata de uma unidade de cuidados vocacionada para a prestação de cuidados à população idosa. Neste sentido, pode-se igualmente asseverar que o mesmo foi um contexto de estágio extremamente adequado e facilitador do processo de aquisição de conhecimentos e competência na área de especialidade da médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa.

Atividade 9 – Colaboração no planeamento da formação em serviço para 2019

As ações desenvolvidas durante o estágio no sentido de alertar para a problemática da fragilidade e das suas consequências negativas em termos de saúde pública foram efetivas e mobilizadoras dos elementos de enfermagem responsáveis pela gestão operacional, a chefe de enfermagem e o seu segundo elemento. Tal evidência encontra-se espelhada no convite recebido para participar no projeto de formação²⁷ em serviço de 2019 e integrar como tema central do mesmo a fragilidade da pessoa idosa.

²⁷ A formação contínua em serviço é uma atividade fundamental para a promover o conhecimento e melhorar o desempenho profissional (Rodrigues & Esteves, 1993). Periodicamente os serviços têm a obrigatoriedade de desenvolver programas de formação que respondam às necessidades reais de aprendizagem da equipa. Compete à enfermeira chefe e um outro elemento da equipa, por ela nomeado, elaborar supervisionar a elaboração e cumprimento do projeto.

Resultados: A participação na elaboração do plano de formação foi uma experiência nova, enriquecedora e importante na aquisição de competências, expectáveis para um enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro), na área do desenvolvimento de programas de MCQ dos cuidados. Como principais contributos no processo de desenvolvimento do mesmo salientam-se: o tema central; o enquadramento teórico; a influência na escolha das áreas temáticas a desenvolver pelos vários grupos de trabalho²⁸. No anexo XXI é apresentado o índice do plano formativo. Através do mesmo é possível conhecer a sua estrutura e conteúdos temáticos selecionados.

2.5.2. Atividades direcionadas para o objetivo geral n.º 2

Nesta segunda parte são apresentadas as principais atividades realizadas no sentido de permitir desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa.

Atividade 10 – Sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem e médica da USF

A formação, direcionada para a população ou equipa de saúde, é uma competência inerente ao papel de enfermeiro, independente da sua categoria (OE, 2012b, Regulamento n.º 140/2019). Neste sentido, é exigido que o mesmo tenha conhecimentos e competências sobre estratégias de ensino, planeamento de ações formativas e de dispositivos auxiliares de formação.

No âmbito da abordagem formativa importa ter presente que a mesma difere da criança para o adulto (Knowles, 1980). Segundo Knowles²⁹ (1984), essa diferenciação evidencia-se em aspetos, como o conceito de aprender, o papel da experiência na aprendizagem, a prontidão para aprender, a orientação para a aprendizagem e motivação. No que concerne à formação de adultos (andragogia³⁰), o mesmo autor (Knowles, 1984) apresenta alguns princípios orientadores para o seu desenvolvimento: os adultos necessitam de estar envolvidos no seu plano de formação, a experiência é a base para as atividades de aprendizagem e os adultos estão mais motivados para aprender sobre temas que sejam relevantes e tenham impacto na sua atividade profissional ou vida pessoal.

²⁸ A seleção dos elementos do grupo é realizada pela enfermeira chefe segundo as áreas de interesse de cada um deles.

²⁹ Malcolm Knowles um perito na área da educação para adulto, conhecido por ter desenvolvida a teoria da andragogia.

³⁰ Andragogia é a arte ou a ciência de educar adultos (Knowles, 1980)

A análise das anteriores características da formação para adultos remetemos para um conceito importante na aprendizagem profissional: a motivação. Segundo Chiavenato (1999), este é um conceito que se define como um impulso, interno ou externo, à pessoa que a estimula a agir de determinada forma; resulta da interação com uma determinada situação, pode variar ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias. Podemos, assim, identificar duas origens motivacionais: intrínseca e extrínseca. A motivação intrínseca é definida como interior à pessoa e está associada a aspetos como a autorrealização, a autoestima, o próprio trabalho, o desenvolvimento pessoal, o reconhecimento profissional, entre outros. A motivação externa relaciona-se com as relações interpessoais (com colegas e chefes), as condições de trabalho (salários, segurança), os benefícios, entre outros (Teixeira, 2010; Bezerra, 2010). A utilização de estratégias de motivação constituísse como um aspeto importante e mobilizador das equipas para a formação em serviço. As mesmas deverão passar pelo envolvimento da equipa (incluindo chefias) no projeto de estágio e o desenvolvimento de formação direcionada para as necessidades reais da unidade.

Um outro aspeto que deverá caracterizar o formador, e que tem relação direta com o resultado formativo, é a sua capacidade comunicativa. Segundo Sequeira (2016), a comunicação, como fenómeno universal, complexo e constante através do qual o indivíduo emite e recebe mensagens de forma verbal ou não-verbal, é fundamental, não apenas, em contexto formativo, mas também, na qualidade da prestação de cuidados. Comunicar eficazmente exige a mobilização de competências de ordem linguística (capacidade de utilizar a linguagem de forma intencional), paralinguística (capacidade de compreender a linguagem não verbal), cinésica (capacidade de transmitir informação através dos gestos), proxémica (capacidade para gerir o espaço interpessoal), executiva (capacidade de usar o próprio ato de comunicar para atingir um objetivo), pragmática (capacidade para interpretar o que é comunicado) e a socioculturais (capacidade de reconhecer situações e as relações inerentes aos papéis socio culturais desempenhados) (Sequeira, Falcó-Pegueroles e Lluç, 2016).

O sucesso no desenvolvimento das diversas atividades de estágio implicava, para além de um eficaz processo de socialização, uma adequada contextualização do projeto de estágio. Assim, optou-se por elaborar uma sessão formação, direcionada para a equipa de enfermagem e médica, que esclarece o meu papel na respetiva

unidade, abordasse a temática da fragilidade e apresentasse o futuro estudo de investigação. O seu planeamento exigiu um trabalho prévio de definição de objetivos (gerais e específicos), elaboração da apresentação em *powerpoint®*, agendamento e divulgação da sessão aos respetivos destinatários/formandos (Apêndice XIV).

Resultados: A realização desta sessão de formação foi uma etapa importante no percurso do estágio, pois permitiu esclarecer sobre o meu papel na unidade, consciencializar a equipa para o impacto negativo da fragilidade na qualidade de vida do idoso, evidenciar sobre a pertinência de uma ação multidisciplinar na estratégia de prevenção da mesma, alertar sobre a necessidade do desenvolvimento de estudos científicos direcionados para estas matérias, apresentar o desenho previsto para o estudo de investigação a desenvolver na USF. Todo este conhecimento transmitido à equipa contribuiu para o enriquecimento das suas aprendizagens profissionais (competência do enfermeiro especialista) e, consequentemente, uma maior sensibilidade para as questões da fragilidade na pessoa idosa.

O impacto positivo da formação ficou espelhado nos resultados obtidos na avaliação realizada pelos formandos no final da sessão (Apêndice XV). Através da sua análise podemos concluir que existiu um forte interesse da equipa na temática abordada, os objetivos previamente propostos foram claramente atingidos, os recursos didáticos utilizados foram adequados, bem como a organização da sessão. O número de formandos que assistiram à sessão e a sua participação ativa na discussão do tema são outros dois aspetos que atestam o sucesso desta atividade. Salienta-se, contudo, uma menor representatividade da equipa médica, circunstância, essa, que posteriormente foi justificada pela existência, no mesmo dia de formação, de um congresso médico.

Após a conclusão e análise do trabalho de investigação (a partir de maio de 2019) ficou planeado uma segunda sessão, com data prevista para o segundo semestre de 2019. Através da mesma, dirigida igualmente à equipa de enfermagem e médica, pretender-se-á apresentar os resultados do estudo, rever novamente os conceitos da fragilidade, as suas consequências negativas, a relevância de um trabalho de intervenção multidisciplinar e o conjunto de medidas preventivas propostas.

Atividade 11 – Realização de sessões de formação à equipa de enfermagem do serviço de Medicina

No planeamento do estágio para o serviço de Medicina foram delineadas duas sessões de formação. A primeira (Apêndice XVI) foi pensada com o objetivo de apresentar equipa de enfermagem, à qual era elemento integrante, o projeto de estágio, nomeadamente, os moldes do mesmo, a problemática central e algumas das atividades que seriam desenvolvidas, com especial destaque para o estudo de investigação. O conhecimento, por parte da equipa de enfermagem, do meu papel enquanto aluno de especialidade era essencial e exigível, pelo facto do estágio decorrer em contexto de local de trabalho. O desenvolvimento do mesmo não se sobrepôs às horas de trabalho, mas sim aconteceu em períodos distintos. Tal facto foi importante, a dois níveis, para a instituição, pois não condicionou o rendimento de trabalho, e pessoalmente, pois rentabilizou e potenciou a aquisição de conhecimentos e competências.

A segunda sessão de formação (Apêndice XVII) teve um cariz diferente, tendo sido projetada com a finalidade de promover momentos de reflexão sobre os cuidados prestados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidadora no sentido da prevenção dos riscos da fragilidade. Nesse sentido, foram revistos os conceitos de fragilidade e as suas diferentes abordagens; o modelo de fragilidade e de enfermagem orientador dos cuidados prestados; salientada a relevância da avaliação multidimensional do contexto da pessoa idosa frágil; discutido um estudo de caso concreto e apresentada uma proposta, em jeito de fluxograma, de uma proposta de intervenção do enfermeiro especialista no respetivo serviço.

Resultados: A análise da avaliação de ambas as sessões (Apêndice XVIII) evidência uma relevante participação por parte da equipa de enfermagem, o interesse pela temática da fragilidade, a escolha acertada dos métodos didáticos e a capacidade do formador para transmitir conhecimento e gerir a formação. Tais resultados atestam a produtividade das sessões e o seu contributo para a consecução dos objetivos previamente delineados. O sucesso das mesmas pode ser explicado pelo contributo de alguns aspetos importantes como a publicidade e divulgação das mesmas, a adequação dos meios didáticos, as estratégias de abordagem da temática e a gestão do horário (duração e hora) da formação.

A opção pela apresentação do estudo de caso foi uma estratégia pensada com o objetivo de contribuir para uma melhor análise, reflexão e percepção, da equipa de enfermagem, acerca dos cuidados a prestar à pessoa idosa frágil, segundo o modelo de parceria de Gomes (2016) e uma visão multidimensional da fragilidade. O mesmo serviu ainda o propósito de expor, perante as necessidades concretas de uma pessoa idosa, as possíveis medidas interventivas de prevenção, bem como o papel do enfermeiro especialista nesse âmbito. Ou seja, o recurso a este método de intervenção pretendeu estabelecer a ponte entre os conceitos teóricos e a prática concreta dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa frágil internada no serviço de Medicina.

Atividade 12 – Elaboração no serviço de Medicina de dossier e poster sobre a fragilidade

O desenvolvimento desta atividade insere-se no propósito de promover a melhoria de conhecimentos e desempenho profissional dos enfermeiros na área da prestação de cuidados preventivos à pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil. Nesse sentido, para além das atividades de sessão de formação realizadas e dos diversos momentos (in)formais em contexto de passagem de turno ou comunicação em equipa, foram elaborados um dossier e um poster (Apêndice XIX).

O dossier, criado com o objetivo de ser um instrumento de consulta direcionado essencialmente para os enfermeiros, encontra-se, estruturalmente, organizados em seis partes: (1) Problemática da fragilidade; (2) IFT; (3) Avaliação multidimensional do idoso; (4) Instrumentos de avaliação multidimensional; (5) Medidas de intervenção na fragilidade: os 5 níveis de prevenção; (6) Papel do enfermeiro especialista. O mesmo, de fácil e livre acesso, permite, não apenas, providenciar informação sobre a temática em causa, como também, disponibilizar os instrumentos mais comumente utilizados na avaliação multidimensional, tendo assim, um propósito formativo e orientador.

O poster contém no essencial os mesmos pontos mencionados anteriormente. O sentido estratégico da sua elaboração foi, ao colocá-lo em local visível a toda a equipa, servir, simultaneamente, como lembrete para a importância deste problema de saúde potencialmente grave, e de apoio aos cuidados preventivos prestados. Apesar do seu destinatário principal ser efetivamente os enfermeiros, a sua localização, em local de acesso público (corredor do serviço), foi também pensado para ser visível e consultado por qualquer pessoa (internadas, visitas ou outros

profissionais) que circulem no serviço. Ainda neste âmbito, permite consciencializar para a questão da fragilidade e demonstrar a importância do trabalho fundamentado da enfermagem.

Resultados: A realização desta atividade enquadrou-se nas competências de enfermagem do domínio do desenvolvimento profissional (OE, 2012b). Ou seja, através da mesma pretendeu-se contribuir para a aquisição de conhecimento da área do cuidado à pessoa idosa potencialmente ou efetivamente frágil, bem como melhorar as ações interventivas de enfermagem nesse âmbito.

2.5.3. Atividades direcionadas para o objetivo geral n.º 3

As atividades seguidamente apresentadas foram essenciais para determinar a prevalência da fragilidade, segundo o IFT, numa amostra da população idosa de uma USF e de um serviço de Medicina.

Atividade 13 – Desenvolvimento de um estudo de investigação na USF

A investigação científica é uma competência, subjacente ao papel do enfermeiro especialista, fundamental, necessária e orientadora da prática de cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). A mesma contribui substancialmente para o enriquecimento do corpo de conhecimentos da enfermagem, o seu desenvolvimento teórico-prático e o seu crescimento como ciência e profissão. Neste sentido, a realização de atividades nesta área é imperativa e expectável no caminho de desenvolvimento de competências como futuro enfermeiro especialista.

Considerando a problemática da fragilidade, nomeadamente, o seu impacto negativo na saúde da população, particularmente a idosa, e nos gastos financeiros daí advindos para as famílias e Estado, importa desenvolver estudos de investigação na área que permitam uma melhor compreensão do fenómeno em causa e, consequentemente, o planeamento de estratégias interventivas de prevenção. Em Portugal, de acordo com Duarte (2015), os estudos realizados sobre esta matéria são escassos o que poderá ser justificado pelo fato de ser um tema relativamente recente, não haver consenso sobre a sua definição e existirem diferentes abordagens ao mesmo, tal como instrumentos de diagnóstico. Não obstante a esta falta de investimento, considerando o potencial negativo evidenciado por diversos estudos internacionais, pareceu-nos revelante, oportuno e indispensável o desenvolvimento

de um estudo inicial que, integrado no contexto de estágio e curso de especialidade, permitisse determinar o perfil de fragilidade na população idosa inscrita na USF

Por tudo o referido anteriormente desenhou-se um estudo de investigação (Apêndice XX) com a seguinte questão de partida: “*Qual é o perfil da fragilidade da pessoa idosa que é alvo de cuidados pela USF?*”. A resposta a esta pergunta tem como objetivo caracterizar o perfil da fragilidade da população idosa alvo dos cuidados pela USF utilizando o IFT. Para tal planeou-se um estudo descritivo e transversal, a realizar no período temporal entre outubro de 2018 e dezembro de 2019. Como critérios de inclusão no mesmo definiu-se a idade igual ou superior a 65 anos alvos dos cuidados da USF, e de exclusão os idosos com alterações cognitivas significativas, avaliadas através do MMSE. O tamanho da amostra é de 280 pessoas idosas selecionadas por conveniência de acordo com os anteriores critérios. Apesar de se tratar de um tipo de amostragem não aleatório recorreu-se à fórmula de cálculo utilizada para a amostra aleatória (com margem de erro de 5% e confiança de 95 %), acrescentando-se à mesma mais 13 % de pessoas idosas.

A investigação foi delineada no sentido de respeitar os princípios éticos e deontológicos, a privacidade e confidencialidade dos dados, e as normas internas da USF. Tais factos são confirmados através do parecer favorável, relativamente ao estudo, da CE para a Saúde da ARSLVT (Anexo XXII) e pelas autorizações da diretora executiva e coordenador da respetiva unidade de saúde (Anexo XXIII).

Ainda na linha dos direitos e garantias dos participantes da investigação importa referir que a recolha de dados foi precedida pela assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice XXI).

A utilização da versão portuguesa do instrumento de avaliação da fragilidade, o IFT, foi precedida por um pedido de autorização fundamentado aos respetivos autores da sua validação e tradução (Anexo XXIV).

Este estudo enquadra-se num estudo de investigação ação a ser desenvolvido com a respetiva USF e a Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE), coordenado pela Professora Idalina Gomes e orientadora deste projeto que se intitula “Prevenção da fragilidade na Pessoa Idosa. Intervenções de Enfermagem para Promoção do Cuidado de si”. Assim este estudo, como já foi referido teve como objetivo caracterizar o perfil da fragilidade da população idosa alvo

dos cuidados numa USF da ARSLVT utilizando o IFT. Para, posteriormente, face ao diagnóstico se desenhar um programa de intervenção.

Resultados: A recolha de dados para o estudo de investigação iniciou-se em outubro de 2018, logo após a existência de todos os pareceres e autorizações favoráveis, e prolonga até final de maio de 2019, altura em que se prevê conseguir atingir a total da amostra, de 280 pessoas idosas. Perante este facto não é ainda possível apresentar dados definitivos sobre o perfil de fragilidade da pessoa idosa que frequenta a USF. No entanto, os dados de cerca de 80 % da amostra analisada revelam que a prevalência de fragilidade na população idosa é cerca de 49,8%.

Relativamente à caraterização sociodemográfica dos indivíduos com fragilidade salienta-se o predomínio: do sexo feminino; de casados ou a residir com parceiro; de portugueses; de baixo nível de escolaridade (1 a 4 anos de escolaridade); de estilo de vida pouco ou nada saudável; de 2 ou mais doenças crónicas; de doença grave em si ou numa pessoa significativa; da satisfação com o ambiente na sua residência.

Quanto à análise dos domínios que mais contribuem para a fragilidade, verifica-se que o físico surge em todas as situações de fragilidade identificadas, seguindo-se, por ordem de frequência, o domínio psicológico e o social. Assim, podemos concluir que a dimensão física é o fator predominante no âmbito da condição de frágil na população idosa alvo do estudo.

De acordo com o protocolado, após a conclusão da recolha de dados, em maio, irá proceder-se à análise, interpretação e discussão dos mesmos e à sua publicação em artigo, até final do ano (2019).

A adesão da população idosa ao estudo tem sido massiva, existindo apenas um número residual de pessoas que recusaram participar. Ainda neste capítulo apraz referir ainda que os participantes têm demonstrado grande interesse e preocupação pela temática em estudo, existindo mesmo alguns que opinaram sobre o interesse da divulgação posterior dos resultados finais do estudo.

Quanto à colaboração da equipa no estudo, nomeadamente de enfermagem, salienta-se tem sido constante e importante, no sentido de identificação da população alvo e de encaminhamento para o investigador. Tal facto resultou claramente do sucesso da sessão de formação realizada na fase inicial do estágio, a qual permitiu, não apenas, a consciencialização quanto à relevância da respetiva investigação, com também a apresentação dos seus moldes.

A recolha de dados exige capacidades a nível de técnicas de comunicação e entrevista. No caso específico do estudo a entrevista é do tipo diretiva³¹, nos quais os guiões orientadores são o MMSE e o IFT. Durante a mesma têm sido adotadas estratégias de comunicação adequadas, na linha das descritas por Sequeira e Fortuño (2016), tais como uma gestão correta do tempo; manter uma atitude atenta e interessada; demonstrar tolerância e paciência; evitar comentários críticos relativamente ao discurso do indivíduo; fazer uma questão de cada vez; utilizar linguagem adaptada à pessoa; proporcionar ambiente confortável e de cordialidade.

Atividade 14 – Desenvolvimento de um estudo de investigação no serviço de Medicina

A presente atividade corresponde à investigação realizada, no serviço de Medicina, entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019. Para a sua consecução protocolou-se um estudo descritivo transversal no sentido de responder a seguinte questão: *Qual o perfil de fragilidade da pessoa idosa internada no serviço de Medicina?*. Como objetivo da investigação delineou-se que seria determinar a prevalência e perfil da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada durante o respetivo período de estágio no serviço. Como tal, selecionou-se uma amostra de indivíduos por conveniência (método de amostragem não-probabilístico) segundo dois critérios inclusivos: ter idade igual ou superior a 65 anos e estarem internados no serviço de medicina. Para critério de exclusão definiu-se apenas a presença de alterações cognitivas, avaliadas através do MMSE. A recolha de dados resultou da aplicação do IFT e a sua análise estatística da utilização do *software* Microsoft® Excel.

O estudo, como é expectável, respeitou os princípios éticos e deontológicos, a privacidade e confidencialidade dos dados, bem como as normas internas do CHULN e do respetivo serviço de Medicina. Exemplo disso é o parecer favorável, relativamente ao protocolo de investigação (Apêndice XXII), da CE para a Saúde do CHULN (Anexo XXV) e as autorizações da diretora de enfermagem (Anexo XXVI) e de serviço. Ainda no âmbito das considerações éticas apraz referir que o pedido de aceitação de participação no estudo foi realizado, através do consentimento informado, esclarecido e livre (Apêndice XXIII).

³¹ Tipo de entrevista que consiste na colocação de uma série de questões pré-estabelecidas em guião estruturado (Sequeira & Fortuño, 2016)

Resultados: A recolha de dados desenvolveu-se entre 7 de janeiro e 8 de fevereiro de 2019. Neste período foram internados 39 indivíduos, dos quais apenas 12 cumpriam critérios de inclusão estudo. Das 27 pessoas excluídas, 12 foram-no por não terem idade igual ou superior a 65 anos e 15 por apresentarem alterações cognitivas significativas. Nenhum das pessoas abordadas recusou participar.

Os resultados obtidos (Apêndice XXIV) permitiram efetuar a caracterização sociodemográfica dos indivíduos da amostra (com e sem fragilidade), determinar a prevalência da fragilidade, identificar a influência na condição de frágil para cada domínio (física, social e psicológica), bem como os aspetos mais relevantes de cada uma das suas dimensões.

Relativamente à **caraterização sociodemográfica dos participantes**, salienta-se o predomínio: do género feminina (58,3%); da faixa etária 75 – 84 anos (58,3%); de casados ou a residir com parceiro (75%); de portugueses (91,7%); de baixo nível de escolaridade (1 a 4 anos de escolaridade) (58,3%); de rendimentos entre 501 e 750 euros (33,3%); de estilo de vida pouco ou nada saudável (83,3%); de 2 ou mais doenças crónicas (100%); de doença grave em si ou numa pessoa significativa (58,3%); da satisfação com o ambiente na sua residência (91,7%).

Da análise realizada, aos dados obtidos, no domínio da **caracterização sociodemográfica dos indivíduos frágeis**, identificou-se que a fragilidade é mais frequente: nas mulheres; em idades avançadas; em indivíduos com baixo nível de escolaridade e financeiro; em estilos de vida pouco ou nada saudável; na presença de duas ou mais doenças prolongadas; quando associados alguns acontecimentos ocorridos no último ano, tais como; doença ou morte de uma pessoa queria e doença grave do próprio. Dos resultados obtidos neste âmbito, salienta-se uma maior prevalência da fragilidade em idades avançadas, nas mulheres, nos indivíduos de baixo nível educacional e socioeconómico e na presença de incapacidades e doenças crónicas são corroborados por estudos como os de Collard *et al.* (2012); Santos-Eggimann *et al.* (2009); Gruner *et al.* (2014) e Duarte (2015).

O número de pessoas idosas com critérios de fragilidade foi de 9, traduzindo uma **prevalência da fragilidade** da amostra de 75 %. Tais valores são preocupantes considerando os efeitos ou riscos adversos da fragilidade na saúde ou recuperação da mesma. Ademais salienta-se que esta prevalência poderia ser ainda mais elevada, caso as 15 pessoas idosas admitidas e não incluídas no estudo, por apresentarem

alterações cognitivas, fossem avaliadas com outro tipo de instrumento de medida que não exigisse autorrelato (baseadas no modelo integral ainda não existe nenhum modelo que o torne possível).

A **distribuição dos scores** obtidos revela que nos indivíduos frágeis (Score ≥ 6) o valor mais vezes repetido foi o 9, seguindo-se, com igual frequência, o 6 e 7. Apesar do IFT não qualificar a fragilidade, sabe-se que quanto mais próximo do score 15 mais severa é a condição de frágil. Neste sentido podemos inferir que dos casos identificados, nenhum era de fragilidade severa a extrema, uma vez que o valor máximo obtido foi de 9. Nos indivíduos sem fragilidade o score mais frequente foi o 4 seguindo pelo 3, sendo este último valor o mais baixo registado.

No âmbito dos **domínios de fragilidade** obtidos verifica-se que o físico e o psicológico surge em todas as situações de fragilidade identificadas. Quanto ao social apenas em duas situações pontua zero. Assim, podemos concluir um predomínio nas fragilidades física e psicológica, seguindo-se a social.

No **domínio físico** os aspetos que mais contribuem para a fragilidade foram: a sensação da saúde física do próprio alterada; a perda de peso; a dificuldade na marcha; a falta de equilíbrio; a dificuldade na audição; o cansaço físico aumentado. Não foram pontos relevantes para a fragilidade a perda de peso; a dificuldade na visão e a falta de força nas mãos.

No **domínio psicológico** os critérios mais relevantes que contribuíram para o diagnóstico foram o “sentir-se em baixo”, “nervoso” ou “ansioso” durante o último mês. Não foram considerados na triagem da fragilidade os problemas de memória e a capacidade de lidar com os problemas.

No **domínio social** o determinante mais relevante foi o “residir sozinho”, identificado em todos os casos, seguindo-se a “falta de pessoas à sua volta”. Em nenhuma das situações existia “falta de apoio de outras pessoas”.

Como fatores limitativos do estudo salientam-se o número reduzido da amostra, fruto de três circunstâncias: o atraso no processo de autorização do estudo, devido a questões burocráticas, alheias ao próprio investigador, relacionadas com o processo de avaliação do projeto de investigação pela CE para a Saúde do CHULN; o elevado número de pessoas idosas com alterações cognitivas, associado ao tipo de instrumento de avaliação utilizado; e o baixo número de entradas/altas no período em causa.

Não obstante aos aspetos referidos, os resultados obtidos contribuíram para salientar: a preocupante e assustadora prevalência de fragilidade nas pessoas idosas internadas; a necessidade de desenvolvimento de instrumentos de avaliação, assentes no modelo integral de Gobbens *et al.* (2010), que avaliem a fragilidade nos indivíduos com alterações cognitivas (instrumentos que avaliem os sinais de fragilidade); a existência de fatores sociodemográficos associados à fragilidade; e a influência dos domínios da físico e psicológico no diagnóstico de fragilidade.

Os resultados deste estudo, que será submetido para publicação até ao final do ano (2019), de acordo com o planeado em cronograma (Apêndice XXII), tornam evidente a importância de se investir no desenvolvimento de trabalhos de investigação que permitam, aos enfermeiros, nomeadamente os especialistas na vertente da pessoa idosa, aprofundar os conhecimentos sobre a fragilidade no indivíduo hospitalizado.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aquisição de competências exige um caminho assente no conhecimento (saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (querer fazer) em determinado contexto (Durand, 1998). Assim, neste terceiro capítulo é realizada uma reflexão crítica e global exatamente sobre o percurso do estágio em ambos os contextos de cuidados, mais concretamente sobre os **conhecimentos, atividades e competências** desenvolvidas na área da EMC, vertente pessoa idosa.

A realidade atual das sociedades, principalmente a nível dos países mais desenvolvidos, demonstra a existência de um número crescente de pessoas idosas e de uma elevada prevalência de problemas de saúde potencialmente incapacitantes e mortais. Com o envelhecimento vão surgindo no indivíduo alterações biopsicossociais que condicionam os seus comportamentos e necessidades. Segundo Ermida (2014), o impacto de tais transformações começa a ser mais evidente a partir dos 65 anos, altura em que as mesmas condicionam e predispõe o aparecimento de uma série de condições específicas cuja origem não é linear, nem baseada numa causa-efeito clara, mas sim o resultado da interação complexa entre os vários domínios de funcionamento da pessoa: o físico/fisiológico, o psicológico e o social. Um exemplo concreto são as síndromes geriátricas. A reconhecimento da etiologia dos mesmos é complexa, pois não obedece ao modelo clássico de síndrome, em que o conjunto de sinais e sintomas resulta de uma causa específica, mas sim de múltiplas, assumindo as mesmas manifestações distintas. Ermida (2014) refere que tais síndromes têm relação direta com fragilidade e, conseqüentemente, com incapacidade, dependência, institucionalização, hospitalização e morte.

Neste contexto, a fragilidade impõe-se como um enorme desafio para o idoso e sua família, na medida em que, devido à sua relação com o envelhecimento, aos seus efeitos adversos (aumento do risco de quedas, reaparecimento de novas doenças, dependência, institucionalização, hospitalização e mortalidade) e conseqüências físicas, psicológicas e sociais, pode ser um fator condicionante do número de anos vividos com qualidade.

No âmbito do estado de arte atual podem ser identificadas três principais correntes conceituais da fragilidade: a biomédica, a dinâmica e integral. De uma forma geral, de um primeiro modelo assente numa explicação meramente biológica, foi-se evoluindo para uma noção de fragilidade mais ampla, onde os aspetos psicológicos e

sociais têm igualmente importância. Ficou também claro que, apesar da diversidade de concepções, existem pontos consensuais comuns entre elas, tais como: ser um estado de vulnerabilidade aumentada associada ao envelhecimento; relacionar-se com a dimensão física e/ou biológica; ser distinta de invalidez, comorbilidade e idade (nem todos os idosos são frágeis e vice-versa); poder ser prevenida, minimizada ou eventualmente revertida; diminuir a resiliência a eventos de *stress*; desencadear alterações desproporcionais na saúde da pessoa.

As publicações científicas sobre esta matéria evidenciaram que este é um tema que nos últimos 30 anos tem preocupado cada vez mais os investigadores, pelo que têm sido produzidos vários estudos internacionais explicativos do fenómeno e dos seus efeitos sobre a população. Contudo, o nosso país, não segue ainda essa tendência, existindo muito poucos trabalhos que explorem esta matéria (Duarte, 2015). Essa aparente desvalorização, no âmbito académico, da condição de frágil e de programas de intervenção tem, à luz da evidência científica atual, consequências graves a nível da saúde dos portugueses, principalmente dos mais suscetíveis, os idosos. Este impacto negativo na sociedade torna-a numa condição que deverá ser alvo da atenção, não apenas das políticas governamentais da saúde, como dos diversos profissionais de saúde, nomeadamente as equipas de enfermagem.

A identificação precoce dos determinantes associados à fragilidade é fundamental para diminuir a sua prevalência e efeitos adversos, bem como para o desenvolvimento de um conjunto de intervenções de prevenção (primordial, primária, secundária e terciária, quaternária) que minimizem ou revertam o seu impacto. Os enfermeiros devem adotar uma conceção abrangente e multidimensional do fenómeno de fragilidade e não apenas fisiológica, bem como um modelo de cuidados de enfermagem facilitador e adequado.

Na prestação de cuidados em ambos os contextos de estágio destacaram-se dois importantes modelos conceptuais: o modelo de parceria de Gomes (2016) e o modelo integral da fragilidade de Gobbens *et al* (2010). O primeiro, constituído pelas fases “identificar-se”, “envolver-se”, “capacitar”, “comprometer-se” e “assumir ou assegurar o cuidado de si”, demonstrou ser um modelo adequado e fundamental na prática de cuidados em situações de potencial ou eventual fragilidade, pois permite ao enfermeiro o desenvolvimento de uma relação com o idoso e/ou seu cuidador, bem como determinar as reais necessidades e potencialidades de ambos (cliente e

cuidador). Revelou-se, também, como sendo um processo facilitador da avaliação, do diagnóstico, do planejamento de medidas de intervenção personalizadas e, conseqüentemente, da construção de projeto de cuidados. Este modelo refere que cada idoso tem o seu projeto de vida e o direito de o controlar, cuidando de si, por si ou com o apoio do outro, familiar ou cuidador. Outros importantes aspetos caracterizadores do mesmo são o fato de se centrar na singularidade da pessoa, envolver a construção de uma ação conjunta com o idoso e/ou seu cuidador, ser promotor da autonomia e facilitador da integração do indivíduo no respetivo contexto social. A seleção do segundo, o modelo de abordagem de Gobbens *et al* (2010), foi fruto de uma escolha pensada, após, simultaneamente, a análise das características de todas as abordagens mais conhecidas sobre o fenómeno da fragilidade e a assunção do conceito de saúde defendido pela OE (2012a), ou seja, como uma condição não apenas física, mas multidimensional. Deste modo, destaca-se que a fragilidade foi considerada como uma condição de saúde dinâmica; influenciada por uma série de determinantes pessoais, ambientais e socioculturais; com potencial para desencadear alterações físicas, psicológicas e sociais, e conseqüentemente, efeitos adversos, tais como o aumento do risco de quedas, o surgimento de outras doenças, a dependência, a institucionalização, a hospitalização e a morte.

Os conhecimentos mobilizados durante o percurso académico, nomeadamente, no âmbito do envelhecimento, da fragilidade na pessoa idosa, do modelo de cuidados em parceria (centrados na pessoa), da avaliação multidimensional do idoso e respetivos instrumentos de medida, dos recursos sociais e de saúde direcionados para a população idosa e da investigação científica; foram fundamentais para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa. Contudo, como referido anteriormente, a competência exige sempre uma ação (atitude) numa determinada situação, que transforme o saber em saber-fazer. Neste sentido, tendo como ponto de partida os objetivos delineados para os dois contextos de cuidados, a USF e o serviço de Medicina, foram realizadas diversas atividades nas seguintes áreas de competência: prestação e gestão de cuidados, gestão de projetos, formação e desenvolvimento profissional, MCQ. Importa ainda referir que todas as atividades desenvolvidas foram executadas com responsabilidade profissional e preocupação pelo respeito de todos os princípios éticos, legais e deontológicos associados à prática de enfermagem, e

normas internas das respectivas instituições de saúde envolvidas. As práticas de cuidados e as tomadas de decisão basearam-se sempre na melhor evidência científica emanada, não apenas da pesquisa exaustiva em bases de dados online, artigos e livros de especialidade, como também, das duas investigações sistemáticas de literatura (revisão *scoping*) desenvolvidas durante o estágio. Tais considerações foram evidentes na preocupação em obter, previamente, as autorizações para a realização dos estágios; submeter os projetos de investigação delineados ao parecer das CE para a Saúde diretores executivos e coordenadores das respectivas instituições; pedir autorização ao autor da versão portuguesa do IFT, para a sua utilização no contexto da investigação; apresentar o consentimento informado, livre e esclarecido para participação nos diversos estudos desenvolvidos (investigação, estudos de caso, entrevistas).

As competências relacionadas com a prestação e gestão de cuidados foram desenvolvidas em dois contextos de cuidados diferentes, os primários e os secundários, sendo que os primeiros se centram fundamentalmente na promoção da saúde e prevenção da doença, os segundos têm como foco principal o diagnóstico e tratamento de doenças dos indivíduos em regime de internamento ou de ambulatório. O primeiro local de estágio, a USF, permitiu uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro de família na comunidade; entender diversos aspetos relacionados com processo de envelhecimento; aplicar medidas de prevenção da fragilidade, refletir sobre os modelos de prestação de cuidados em Parceria de Gomes (2016). Tal foi possível devido ao desenvolvimento de estudos de investigação; das pesquisas em bases de dados científicas, regulamentos da profissão, leis e decretos de Lei; do processo de socialização na respetiva unidade familiar, das entrevistas à assistente social e psicologia e do desenvolvimento de um estudo de caso. No segundo contexto de estágio, o serviço de Medicina, as atividades passaram pelo desenvolvimento de sessões de formação dirigidas aos enfermeiros; desenvolvimento de um estudo de investigação no âmbito da fragilidade na pessoa idosa internada, no acompanhamento das atividades da enfermeiras da EGA; na elaboração de um dossier e um poster sobre a fragilidade; na prestação de cuidados, em parceria com a pessoa idosa frágil e/ou seus cuidadores familiares, direcionados para a promoção do cuidado de si e prevenção da fragilidade e na participação no planeamento do projeto de formação em serviço. Ainda neste âmbito de competências, importa

salientar que, as práticas de cuidados desenvolvidas basearam-se em evidências científicas; seguiram modelos conceituais orientadores das intervenções; utilizaram o processo de enfermagem para identificar necessidades, diagnosticar problemas, intervir e avaliar resultados. Acrescenta-se ainda que as mesmas se focaram em estabelecer relações interpessoais terapêuticas eficazes, assentes na capacidade de comunicação; promover um ambiente seguro; desenvolver intervenções de forma interdependente e autónoma no seio da equipa multidisciplinar e garantir elevados padrões de qualidade relativamente aos cuidados de enfermagem.

As competências na área de gestão de projetos compreenderam o conjunto de atividades de elaboração e consecução do próprio projeto de estágio e suas atividades. Neste domínio foram demonstradas importantes capacidades de planeamento, organização, liderança, negociação, adaptação à mudança, comunicação, motivação de equipas e supervisão de projetos.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissional pressupõe competências relacionadas com o desenvolvimento de formação contínua e a valorização profissional. Como atividades concretizadas neste âmbito salientam-se as sessões de formação direcionadas para a equipa da USF e Medicina, os quatro trabalhos de investigação realizados na área da fragilidade (2 investigações primárias e 2 secundárias) e a organização de um dossier e elaboração de poster sobre a mesma temática. As ações formativas permitiram, em ambos os locais de estágio, promover momentos de partilha de conhecimentos, discussão e reflexão sobre temas como a fragilidade na pessoa idosa, o panorama dos estudos científicos portugueses no âmbito desta matéria, a relevância de uma intervenção multidisciplinar na prevenção da mesma, a importância do estudo de investigação delineado para o estágio. As investigações desenvolvidas foram importantes na fundamentação e orientação dos cuidados prestados à população idosa, efetivamente ou potencialmente, frágil. Através dos mesmos, cujo o planeamento inclui a sua publicação a breve prazo, espera-se ter dado um contributo importante para o enriquecimento do corpo de conhecimentos de enfermagem e do seu crescimento como ciência e profissão. O desenvolvimento do dossier sobre a fragilidade foi no sentido de fornecer um meio de consulta rápida e simples sobre alguns aspetos da fragilidade. Quanto ao poster, ter de forma resumida a mesma informação contida no dossier, pelo que o seu propósito foi pensado no sentido estratégico de, ao colocá-lo em local visível,

consciencializar a equipa de enfermagem sobre a importância deste problema de saúde pública, bem como relembrar os possíveis cuidados preventivos. As atividades realizadas neste domínio de competências têm como principal objetivo contribuir para a melhoria da prática profissional, da imagem da enfermagem e da qualidade dos cuidados prestados.

No domínio de competências da MCQ inclui-se a atividade de participação no programa de formação em serviço do departamento da Medicina. O convite para colaboração na elaboração do plano de formação, bem como a integração da fragilidade como tema central do mesmo, permite concluir que uma das finalidades deste trabalho (contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestado à pessoa idosa, potencialmente ou efetivamente, frágil através da capacitação e consciencialização das equipas de enfermagem para a problemática da fragilidade) foi claramente atingida. Deste domínio fazem igualmente parte as atividades referidas na competência anterior.

Considerando as atividades e resultados obtidos sugere-se o modelo de Parceria de Gomes (2016) como uma filosofia adequada à prestação de cuidados à pessoa idosa e/ou seu cuidador, nomeadamente, na promoção da saúde e prevenção da fragilidade, uma vez que possibilita ao enfermeiro determinar as necessidades de ambos, através de sua avaliação multidimensional, e como tal, desenvolver, em conjunto (parceria), intervenções de enfermagem que permitam assegurar os seus projetos de vida e saúde.

Os resultados obtidos nas investigações realizadas durante o estágio contribuíram para reforçar a necessidade de mais estudos portugueses sobre a prevalência, perfil e medidas preventivas da fragilidade na pessoa idosa, bem como a criação e implementação de programas de intervenção direcionados para a população idosa dos dois contextos de cuidados incluídos na investigação.

A análise retrospectiva de todo o percurso de estágio e introspectiva dos meus atuais conhecimentos, habilidades e atitudes permite afirmar com segurança que este projeto se desenvolveu de forma positiva, pois foram atingidos todos os objetivos e finalidades delineadas. O mesmo promoveu o enriquecimento das aprendizagens profissionais, no seio das equipas de enfermagem das respetivas unidades de saúde, e contribuiu, fundamentalmente, para o desenvolvimento de um conjunto de saberes

e competências, a nível pessoal, na área de especialidade de EMC, vertente pessoa idosa.

Para concluir, apraz salientar que a relação existente entre fragilidade e o aumento da idade coloca os enfermeiros especialistas na pessoa idosa como elementos fundamentais e melhor capacitados para gerirem os cuidados de idosos frágeis. A estes compete serem elementos de referência, nos diferentes contextos de cuidados, responsáveis por desenvolverem e implementarem medidas e programas de intervenção, que valorizem a condição de frágil e permitam a sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Para tal, e com esse propósito, impõe-se que esses enfermeiros adquiram conhecimentos sobre as diversas conceções e instrumentos de avaliação de fragilidade existentes, e sejam capazes de consciencializar, formar e mobilizar a equipa de saúde, bem como desenvolver trabalhos de investigação que fundamentem, de acordo com a melhor evidência científica, os programas criados e os cuidados prestados aos idosos. O contributo do enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, é assim essencial na promoção de um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade para todos os idosos potencialmente ou efetivamente frágeis, durante o maior número de anos possível.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP (2019). *Modelos organizacionais*. Acedido a 10/3/2019. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>.

Albuquerque, A. e Delgado, R. (1998). Guia Orientador sobre os Registos de Enfermagem. *Referência*. (1). 83-84.

Almeida, J., Machado, F., Capucha L. & Torres, A. (1995). *Introdução à sociologia*. Lisboa. Universidade Aberta.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Berger, P., L. & Luckmann, T. (2010). *A construção social da realidade*. Lisboa: Dinalivro.

Bernardes, A. & Pinheiro, S. (2014). Geriatria e Gerontologia: esboço histórico. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatria fundamental – saber e praticar* (pp. 17 – 28). Lisboa: LIDEL.

Bezerra, F. D. (2010). Motivação da equipa e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (1), 33 - 37. Acedido a 1/02/2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100006.

Bicudo, M. (2013). Do Envelhecimento saudável à longevidade com qualidade contributos dos enfermeiros (pp. 39 – 74). In: Pereira Lopes, M. A. (org.) (2013). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa*. Loures: Lusociência.

Caldas, C. (2002). O idoso em processo de demência: o impacto na família (pp.51 – 71). In: Minayo, M. & Coimbra Jr, (1ª ed) (2002). *Antropologia, Saúde Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Care4IT (2019). *GestCare CCI*. Acedido a 05/04/2019. Disponível em: <https://www.care4it.pt/pt/cuidados-continuados-integrados>.

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (2017). Relatório de contas 2017. Lisboa: CHLN. Acedido a 2/04/2019. Disponível em: <http://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20e%20Contas%202017.pdf>.

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

Clegg, A, Young, J., Liffé, S., Rikkert, MO. & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762.

Coelho, M. (2014). *Modelo Integral de Fragilidade do Idoso (do constructo à avaliação - Tilburg Frailty Indicator)*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Universidade de Aveiro, Porto.

Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J. & Fernandes, L. (2015). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatrics & gerontology international*, 15(8), 951-960.

Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*, 60(8), 1487-1492.

Collière, M. F. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.

Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário da República Série I*, n.º 149 (05-08-2014). 4069 – 4071.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República I Série*, n.º 38/2008 (22-02-2008). 1182 – 1189.

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. *Diário da República I Série*, n.º 161 (22-08-2007). 5587 – 5596.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho (2006). É criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República I Série - A*, n.º 109 (22-05- 2006) 3856-3865.

Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 5/02/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento activo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 10/03/2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.

Duarte, M. (2015). *Fragilidade em Idosos – Modelos, medidas e implicações práticas*. Lisboa: Coisas de Ler.

Durand, T. (1998). Forms of incompetence. In *Proceedings Fourth International Conference on Competence-Based Management*. Oslo: Norwegian School of Management.

Ellis G, Whitehead MA, Robinson D., et al (2011) Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 343: d6553. Acedido a 01/2/2019. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d6553.full.pdf>.

Ermida, J. G. (2014). Avaliação geriátrica global. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatría fundamental – saber e praticar* (pp. 103 – 117). Lisboa: Lidel.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2017). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*. Lisboa: ESEL.

Facione, P. (2015). *Critical Thinking: What It Is and Why It Counts*. Insight Assessment. Acedido a 05/3/2019. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/251303244_Critical_Thinking_What_It_Is_and_Why_It_Counts.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56 (3), 146–157.

Gil, A., P. (2010). *Heróis do Quotidiano – Dinâmicas Familiares na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa.

Gobbens, R. (Coord) (2010). *Frail elderly: Towards an integral approach*. Ridderkerk: Ridderprint.

Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T. & Shols, J. M. G. A. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58, (2), 76-86.

Godinho, N. (2017). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: norma APA e ISSO (NP405)*. Lisboa: ESEL.

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M.A.P. Lopes. *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática* (pp.77-113). Loures: Lusociência.

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Gruner, H., Antunes, M., Magalhães, F. G., Castro, S. G. (2014). O idoso frágil. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatría fundamental – saber e praticar* (pp. 359 – 378). Lisboa: LIDEL.

Guerra, S. & Sousa, L. (2014). Apoio social à pessoa idosa. In: Veríssimo, M (coord.). *Geriatría fundamental – saber e praticar* (pp. 17 – 28). Lisboa: LIDEL.

Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. *Destaque - informação à comunicação social*. Acedido a 01/02/2018. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California.

Knowles, M. (1984). *Andragogy in Action*. San Francisco: Jossey-Bass.

Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Wilton, Conn.: Association Press.

Langdon, E. J. e Wiliik, F. B. (2010). *Antropologia, Saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências sociais da saúde*. Rev. Latino-Am Enfermagem, 18 (3),174-181.

Llano, P., Lange, C. & Sequeira, C. (2018). Síndrome de Fragilidade no Idoso. In Sequeira, C. *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 28 – 36). Lisboa: LIDEL.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.

Mendes, T. (1995). *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontificia.

Menoita, E. (Coord) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Minayo, M. & Coimbra Jr, (1ª ed) (2002). *Antropologia, Saúde Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ministério da Saúde (2016). *Relatório Anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 2/6/2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relat%C3%B3rio-Acesso-SNS_2016-vf.pdf.

Ministério da Saúde (2017). *Relatório anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf.

Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.

Neves, M., P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: características, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, 2 (2), 157 – 172.

Oliveira, C., R. & Pinto, A., M. (2014). Geriatria e Gerontologia: esboço histórico. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatria fundamental – saber e praticar* (pp. 17 – 28). Lisboa: LIDEL.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias: Parecer n.º CJ/20 (14/05/2001)*. Lisboa: Concelho Jurisdicional.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012a). *Padrões de qualidade de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012b). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.

Pinheiro, J.; Figueiredo, P. & Januário, F. (2014). Reabilitação no idoso. In Veríssimo, M (Coord.). *Geriatria fundamental: Saber e Praticar* (pp. 365 – 374). Lisboa: LIDEL.

PORDATA (2018a). População residente: total e por grupo etário. *Base de dados Portugal Contemporâneo*. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-10>.

PORDATA (2018b). Esperança de vida à nascença: total e por sexo. *Base de dados Portugal Contemporâneo*. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418).

Potter, P., Perry, G., Stockert, P. & Hall, A. (2018). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Proposta de Lei n.º 186/XIII de 7 de fevereiro de 2019. Irá criar o estatuto do cuidador informal. Acedido a 10/03/2019. Disponível em: <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679595842774f6a63334e7a637664326c756157357059326c6864476c3259584d7657456c4a535339305a58683062334d76634842734d5467324c56684a53556b755a47396a&fich=ppl186-XIII.doc&Inline=true>.

Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, n.º 26 (6/2/2019), 4744 – 4750.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

República Portuguesa (2015). Programa do XXI Governo Constitucional 2015 – 2019. Acedido a 20/10/2018. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>.

Ribeiro, J. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(3), 671- 682.

Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62(7), 722-727.

Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *Canadian Medical Association journal*, 150(4), 489–495.

Rodrigues, A., e Esteves, M. (1993). *Análise das Necessidades na Formação de Professores*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, M., Macedo, P., Montano, T. (2007). *Manual do Formador - Formação dos membros das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*. Lisboa: Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.

Rubenstein, L., Wieland, D. & Bernabei, R. (1995). *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*. Milano: Editrice Kurtis. Acedido a 01/2/2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233748363_Geriatric_Assessment_Technology_The_State_of_the_Art.

Ruivo, M.A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. (5),1-37.

Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In Albarello, L., Almeida, J. S. & Baptista, L. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (pp. 84-116) Lisboa: Gradiva.

Santos -Eggimann, B., Cuénoud, P., Spagnoli, J., & Julien, J. (2009). Prevalence of Frailty in middle – aged and older community- dwelling living in 10 countries. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64 A (6), 675–681.

Sequeira, C & Fortuño, M. (2016). Entrevista clínica. In Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de ajuda* (pp. 237-248). Lisboa: LIDEL.

Sequeira, C, Falcó-Pegueroles, A. & Lluch, T. (2016). Competências comunicacionais. In Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de ajuda* (pp. 48-58). Lisboa: LIDEL.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de ajuda*. Lisboa: LIDEL.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). (2017). *S clínico: Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: SPMS. Acedido a 2/6/2018. Disponível em: http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/SCLINICO-V-2.6_RELEASES.pdf.

Souza, M., Barros, A., Michel, J., Nóbrega, M. & Ganzarolli, M. (2015). Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: Barros A. (2015). *Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto (3 ed)*. Porto alegre: Artmed Editora.

- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceito e Prática*. (4ªed) Loures: Lusociência.
- Teixeira, S. (2010). *Gestão das organizações*. (2ª edição). Lisboa: Verlag Dashöfer Portugal.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Ventura, M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*. 20(5).383-386.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (2ªed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Watson, G., & Glaser, E. M. (2010). *Watson-Glaser™ II Critical Thinking Appraisal. Technical Manual and User's Guide*. USA: Pearson.
- Westgård, T., Wilhelmson, K., Dahlin-Ivanoff, S. & Hammar, I., O. (2019) Feeling expected as a Person: a Qualitative Analysis of Frail Older People's Experiences on an Acute Geriatric Ward Practicing a comprehensive Geriatric Assessment. *Geriatrics*, 4(1), 16.
- WHO (1999). *Men Ageing and Health*. Geneva: WHO. Acedido a 01/06/2018. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf.
- WHO (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO. Acedido a 01/06/2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1.
- WHO (2018). *Global Health Estimates 2016: Life expectancy, 2000–2016*. Geneva, WHO. Acedido a 01/07/2018. Disponível em: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/.

ANEXOS

ANEXO I

Mini-Mental State Examination

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Título original: Mini-Mental State Examination

Autor e ano: Folstein, Folstein e McHugh (1975)

Artigo: Folstein M.F., Folstein, S.E. e McHugh, P.R. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*. 12, 189-198

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Guerreiro, Silva, Botelho, Caldas, Leitão e Garcia (1994)

Artigo: Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C (1994). Adaptação à população Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1 (9).

Público alvo: Pessoa idosa

Objetivo: Avaliar o estado cognitivo do indivíduo.

Descrição: Consta de trinta questões distribuídas por seis grupos correspondentes às seguintes capacidades cognitivas:

- Orientação temporal e espacial;
- Memória de retenção;
- Memória de evocação,
- Atenção e cálculo;
- Linguagem;
- Habilidade construtiva.

Preenchimento: Cada resposta correta corresponde a um ponto e errada ou não respondida a zero pontos.

Avaliação e interpretação: O score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação do defeito cognitivo em função do grau de escolaridade. Assim considera-se com défice cognitivo se:

Nível de escolaridade	Score
Analfabetos	≤ 15
1-11 anos de escolaridade	≤ 22
Com escolaridade superior a 11 anos	≤ 27

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

(Versão Portuguesa: Guerreiro, Silva, Botelho, Caldas, Leitão e Garcia, 1994)

1 – Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? ____

Em que mês estamos? ____

Em que dia do mês estamos? ____

Em que dia da semana estamos? ____

Em que estação do ano estamos? ____

Em que país estamos? ____

Em que distrito vive? ____

Em que terra vive? ____

Em que casa estamos? ____

Em que andar estamos? ____

Pontos: ____

2 – Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pera ____

Gato ____

Bola ____

Pontos: ____

3 - Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois, ao número encontrado, volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar."

27 ____

24 ____

21 ____

18 ____

15 ____

Pontos: ____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar."

Pera ____

Gato ____

Bola ____

Pontos: ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

"Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio: ____ Lápis: ____

Pontos: ____

"Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Pontos: ____

"Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa." (dar a folha segurando com as duas mãos)

Pega com a mão direita: ____

Dobra ao meio: ____

Coloca onde deve: ____

Pontos: ____

"Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz." Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS". Sendo analfabeto, lê-se a frase.

Fechou os olhos

Pontos: ____

"Escreva uma frase inteira aqui." (Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação)

Frase: _____

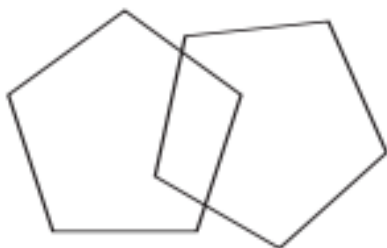
Pontos: ____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela copia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho:

Cópia:



Pontos: ____

TOTAL (Máximo 30 pontos): ____

Considera-se com déficit cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos

ANEXO II

Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE 15 ITENS

Título original: Geriatric Depression Scale of 15 items (GDS – 15)

Autor e ano: Yesavage, Rose, Lum, Huang, Adey e Leirer (1983)

Artigo: Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). Geriatric depression scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical gerontologist*, 5(1-2), 165-173.

Validade para Portugal: Não

Traduzida para Portugal: Sim

Autor e ano: Apóstolo (2012)

Artigo: Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Público alvo: Pessoa idosa

Objetivo: Avaliar sintomas de depressão no indivíduo

Descrição: Trata-se de uma escala de hétero ou autoaplicação, composta por 15 itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), de acordo com o estado afetivo da pessoa idosas recentes (das últimas semanas em que se aplica a escala). A GDS – 15, elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), é uma versão curta da escala original (de 30 itens). A mesma foi elaborada a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão.

Preenchimento: É uma escala de fácil aplicação, requerendo apenas 5 a 10 minutos. Porém, não deve ser utilizada em indivíduos com alterações cognitivas marcadas, devido à incapacidade de resposta. A cada questão corresponde uma resposta dicotômica (Sim ou Não), que pode ser pontuada com zero ou um ponto.

Avaliação e interpretação: As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto. O valor da pontuação final, que varia entre 0 e 15, permite considerar três possibilidades:

Pontuação	Avaliação
0 – 5	Sem depressão
6 a 10	Depressão ligeira
11 - 15	Depressão grave

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE 15 ITENS

(Versão Portuguesa: Apostolo, 2012)

Itens	Sim	Não
De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida?	0	1
Abandonou muitas dos seus interesses e atividades?	1	0
Sente que sua vida está vazia?	1	0
Sente-se frequentemente aborrecido(a)?	1	0
Está de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
Tem medo que lhe vá acontecer algo de mau?	1	0
Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
Sente-se frequentemente desamparado(a)/ sem auxílio?	1	0
Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
Pensa que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas da sua idade?	1	0
Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	0	1
Sente-se inútil?	1	0
Sente-se cheio (a) de energia?	0	1
Sente-se sem esperança?	1	0
Acha que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	1	0
Score total		

Pontuação da GDS - 15		
0 a 5 pontos	6 a 10 pontos	11 a 15 pontos
Sem depressão	depressão ligeira	Depressão grave

ANEXO III

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN

Título original: Braden Scale (BS)

Autor e ano: Braden e Bergstrom (1987)

Artigo: Braden, B. & Bergstrom, N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*, 12(1), 8-16.

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Margato, Miguéns, Gouveia, Furtado e Ferreira (2007)

Artigo: Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência.

Publico alvo: Pessoa adulta

Objetivo: Avaliar o risco de desenvolver úlceras por pressão

Descrição: A escala é constituída por seis domínios: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento.

Preenchimento: A escala deve ser aplicada logo após o primeiro contacto com indivíduo, quer em meio hospitalar ou domiciliário. A reavaliação em meio hospitalar é aconselhada a cada 24h, nos serviços de urgência e de cuidados intensivos, e a cada 48h, nos restantes serviços. No contexto domiciliário a reavaliação é aconselhada mensalmente em indivíduos com doença prolongada ou em situações de saúde de maior debilidade. Acrescenta-se ainda as situações em que se verifique alteração do estado geral do indivíduo ou de um dos itens da respetiva escala.

Avaliação e interpretação: A pontuação total pode variar entre 6 e 23 pelo que quanto maior for a pontuação menor é o risco de úlcera e vice-versa. À exceção de um dos seis domínios, que pontua entre 1 e 3, todos os restantes variam entre 1 a 3. Os valores da pontuação que permitem avaliar o risco de desenvolver úlcera por pressão são os seguintes:

Pontuação	Risco de desenvolver úlcera por pressão
≥ 17 pontos	Baixo risco
6 - 16 pontos	Alto risco

ESCALA DE BRADEN

(Versão Portuguesa: Ferreira, Miguéns, Gouveia e Furtado, 2007)

Perceção sensorial: Capacidade de reação significativa ao desconforto			
1: Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2: Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3: Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4: Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade: Nível de exposição da pele à humidade			
1: Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2: Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3: Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4: Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade: Nível de atividade física			
1: Acamado: O doente está confinado à cama.	2: Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3: Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4: Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.

Mobilidade: Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo			
1: Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2: Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3: Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4: Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição: Alimentação habitual			
1: Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2: Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3: Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4: Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento			
1: Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2: Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3: Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Score total			

ANEXO IV

Mini Nutritional Assessement

MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT

Título original: Mini-Nutritional Assessment

Autor e ano: Guigoz, Vellas e Garry (1994)

Artigo: Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994; (suppl 2): 15–60

Validade para Portugal: Não

Traduzida para Português: Sim

Autor e ano: Nestlé Nutrition Institute (S.d).

Artigo: Nestlé Nutrition Institute (S.d). *Um Guia para completar a Mini Avaliação*. Suíça: Nestlé Nutrition Institute. Acedido a 10/10/2018. Disponível em https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf.

Público alvo: Pessoa idosa.

Objetivo: Avaliar a presença ou o risco de malnutrição no indivíduo, sem recurso a exames analíticos.

Descrição: Permite avaliar o estado nutricional dos indivíduos em ambiente hospitalar, institucionalizados ou que habitam no seu domicílio, possibilitando a monitorização das alterações ao longo do tempo.

Preenchimento: Instrumento de avaliação de preenchimento simples e rápido. A sua aplicação resulta de informação obtida através de uma serie de questões sobre os hábitos alimentares do indivíduo e pela avaliação antropométrica simples (Altura, peso, perímetro do braço e perna). É constituído por 18 itens (alíneas A a R), possibilitando os cinco primeiros (A - F) uma triagem e os restantes trezes (G - R) uma avaliação global.

Avaliação e interpretação: A pontuação total do MNA é de 30 valores, sendo que a triagem e avaliação global variam, respetivamente, entre 0 e 12 e 0 e 16. A primeira parte do instrumento (triagem) serve para rapidamente determinar se existe presença ou risco de desnutrição. Caso tal se verifique (pontuação entre 0 – 11) aplica-se a segunda parte da escala (avaliação global). O MNA permite identificar 3 três possíveis estados nutricionais (estado nutricional normal, sob risco de malnutrição, malnutrição) de acordo com os seguintes critérios:

Pontuação	Estado Nutricional
24 a 30 pontos	Estado nutricional normal
17 a 23,5 pontos	Sob risco de desnutrição
< 17 pontos	Desnutrido

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

= diminuição grave da ingestão

= diminuição moderada da ingestão

2 = sem diminuição da ingestão

☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses

= superior a três quilos

= não sabe informar

= entre um e três quilos

= sem perda de peso

☐

C Mobilidade

= restrito ao leito ou à cadeira de rodas

= deambula, mas não é capaz de sair de casa

= normal

☐

D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim 2 = não

☐

E Problemas neuropsicológicos

= demência ou depressão graves

= demência ligeira

= sem problemas psicológicos

☐

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

☐

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação, mas detalhada, continue com as perguntas G-R

☐
☐

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa

(não em instituição geriátrica ou hospital)

1 = sim 0 = não

☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim 1 = não

☐

I Lesões de pele ou escaras?

0 = sim 1 = não

☐

References

Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; **56A**: M366-377

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição

1 = duas refeições

2 = três refeições

☐

K O doente consome:

pelo menos uma porção diária de leite ou

derivados (leite, queijo, iogurte)?

Sim ☐ Não ☐

duas ou mais porções semanais de

leguminosas ou ovos?

Sim ☐ Não ☐

carne, peixe ou aves todos os dias?

Sim ☐ Não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

☐
☐

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não 1 = sim

☐

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos

0.5 = três a cinco copos

1.0 = mais de cinco copos

☐
☐

N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

☐

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter um problema nutricional

☐

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0 = pior

0.5 = não sabe

1.0 = igual

2.0 = melhor

☐
☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = PB < 21

0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22

1.0 = PB > 22

☐
☐

R Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31

1 = PP ≥ 31

☐

Avaliação global (máximo 16 pontos)

☐
☐
☐

Pontuação da triagem

☐
☐
☐

Pontuação total (máximo 30 pontos)

☐
☐
☐

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos

☐

estado nutricional normal

de 17 a 23,5 pontos

☐

sob risco de desnutrição

menos de 17 pontos

☐

Desnutrido

ANEXO V

Escala de Morse

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

Título original: Morse Fall Scale

Autor e ano: Morse, Morse e Tylko (1989)

Artigo: Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8(4), 366-377.

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Costa-Dias, Ferreira e Oliveira (2014)

Artigo: Costa-Dias, M.; Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), 7-17.

Publico alvo: Adultos internados

Objetivo: Avaliar o risco de queda no indivíduo hospitalizado de forma a serem implementadas estratégias que previnam danos no mesmo.

Descrição: A escala não previne a queda ou estabelece intervenções, mas sim permite predizer o risco de queda. A mesma é constituída por seis itens, com duas ou três possibilidades de resposta cada, que refletem os fatores de risco de queda:

- Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses;
- Diagnóstico(s) secundário(s);
- Ajuda para caminhar;
- Terapia intravenosa;
- Postura no andar e na transferência;
- Estado mental.

Preenchimento: Em cada item deverá ser selecionada apenas a resposta mais adequada. Cada resposta corresponde a uma determinada pontuação.

Avaliação e interpretação: A soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos e os indivíduos são discriminados em função desse risco: sem risco (0-24), baixo risco (25-50) ou alto risco (≥ 51).

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

(Versão Portuguesa: Costa-Dias, Ferreira e Oliveira, 2014)

Item	Pontuação
1. Historial de quedas (nos últimos três meses)	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andador	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
Pontuação total	

Pontuação	Risco
0-24	Sem risco
25-50	Baixo risco
>51	Alto risco

ANEXO VI

Medical Research Council Dyspnea Scale

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE DISPNEIA (MODIFIED MRC DYSPNEA SCALE)

Título original: Modified Medical Research Council Dyspnea Scale

Autor e ano: Medical Research Council (1960)

Artigos referência: Medical Research Council. (1943). Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office.

Traduzida para Português: Sim

Autor e ano: Desconhecido

Público alvo: Adultos com patologias do foro respiratório

Objetivo: Avaliar o impacto da dispneia e o efeito de intervenções na vida do indivíduo.

Descrição: A escala de autorrelato é constituída alguns itens que traduzem a forma como a dispneia afeta atividades de vida diária. É recomendada pela DGS para avaliar os indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Preenchimento: Deverá ser assinalada a afirmação que melhor descreve dispneia do indivíduo.

Avaliação e interpretação: A escala é simples de aplicar e consiste em cinco questões organizadas gradativamente por níveis de menor (Grau 0) para maior gravidade (Grau 4).

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE DISPNEIA (MODIFIED MRC DYSPNEA SCALE)

Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.	GRAU 0
Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.	GRAU 1
Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.	GRAU 2
Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.	GRAU 3
Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.	GRAU 4
Grau de dispneia	Grau__/4

ANEXO VII

Medical Research Council Muscle Scale

ESCALA DA FORÇA MUSCULAR (MRC MUSCLE SCALE)

Título original: Medical Research Council Muscle Scale (MRC Muscle Scale)

Autor e ano: Medical Research Council (1943)

Artigo: Medical Research Council. (1943). Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office.

Traduzida para Português: Sim

Autor e ano: Desconhecido

Público alvo: Adultos

Objetivo: Avaliar a força muscular do indivíduo.

Descrição: A escala permite avaliar os movimentos dos vários segmentos corporais atribuindo-lhes um determinado valor.

Preenchimento: De acordo com avaliação da resistência à mobilização ativa dos segmentos corporais seleciona-se o número correspondente às características observadas.

Avaliação e interpretação: A escala classifica a potência muscular em uma escala de 0 a 5 em relação ao máximo esperado para esse músculo.

ESCALA DA FORÇA MUSCULAR

(MRC Muscle Scale, 1943)

Não apresenta movimento muscular nem articular. Não se observa contração muscular.	0
Não usa o músculo para mover a articulação: percebem-se apenas pequenas contrações musculares, mas sem movimento	1
Amplitude completa de movimento, mas sem vencer a gravidade	2
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade, mas não uma resistência mínima adicional	3
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade com alguma resistência adicional	4
Amplitude normal e completa dos movimentos – força normal	5
Força muscular	___/5

ANEXO VIII

Escala De Tinetti

ESCALA DE TINETTI

Título original: Performance-Oriented Assessment of Mobility (POAM)

Autor e ano: Tinetti (1986)

Artigo: Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. Journal of the American Geriatrics Society, 34(2), 119-126.

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Petiz (2002)

Artigo: Petiz, E. M. (2002). Actividade física, equilíbrio e quedas – Um estudo em idosos institucionalizados. Dissertação de Mestrado, não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto.

Público alvo: Pessoa idosa

Objetivo: Avaliar o risco de queda no indivíduo

Descrição: A escala é dividida em duas testes (16 itens): um avalia o equilíbrio (9 itens) e o outro a marcha (7 itens).

Preenchimento: Não requer equipamento sofisticado. No primeiro teste é pedido ao indivíduo para se sentar numa cadeira rígida, sem apoios laterais, e realizar uma série de ações na posição de pé e sentado. Aqui são avaliados 9 aspetos relacionados com o equilíbrio, pontuando-os de acordo com as observações realizadas. O score total aqui obtido pode variar entre 0 e 16. No segundo teste instrui-se o indivíduo a colocar-se de pé, a caminhar num corredor ou sala, primeiro num ritmo normal e, posteriormente, mais rápido de forma segura e com os dispositivos auxiliares de marcha habituais. Durante o exercício são avaliados e pontuados 7 itens relacionado com a marcha. O resultado final pode variar entre 0 e 12. Após a conclusão dos dois testes somam-se os valores obtidos.

Avaliação e interpretação: A pontuação final deste instrumento resulta da soma dos scores obtidos nos testes de equilíbrio (entre 0 – 16 pontos) e marcha (entre 0 – 12 pontos) realizados. O score total varia entre 0 e 28, sendo que quanto maior o valor obtido menor é o risco de queda associado. Assim, o risco de queda varia de acordo com a seguinte pontuação:

Pontuação	Risco de Queda
< 19	Alto risco de queda
19 – 24	Risco moderado de queda
≥ 24	Baixo risco de queda

ESCALA DE TINETTI

(Versão Portuguesa: Petiz, 2002)

Teste do equilíbrio Estático	
Instruções: Indivíduo sentado numa cadeira rígida sem braços	
Itens	Ações observadas
1. Equilíbrio sentado	0: Inclina-se ou desliza na cadeira 1: Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira 2: Estável, seguro
2. Levanta-se da cadeira	0: Incapaz sem ajuda 1: Capaz, mas utiliza os membros superiores para auxiliar ou excessiva flexão do tronco ou não consegue à primeira tentativa 2: Capaz de se levantar na primeira tentativa sem usar os braços
3. Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	0: Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) 1: Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha 2: Estável, sem dispositivo de auxílio
4. Equilíbrio de pé com os pés paralelos	0: Instável 1: Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares maior que 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio 2: Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (indivíduo na posição de pé com os pés o mais próximos possível, o examinador empurra suavemente o indivíduo na altura do esterno com a palma da mão, 3 vezes seguidas)	0: Começa a cair 1: Cambaleia, agarra-se e segura-se em si mesmo 2: Estável
6. Fechar os olhos na mesma posição	0: Instável 1: Estável
7. Volta de 360º	0: Instabilidade (agarra-se, cambaleia) 1: Passos descontinuados 2: Continuidade
8. Apoio unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	0: Não consegue ou tenta segurar-se a algum objeto 1: Aguenta 5 segundo de forma estável
9. Sentar-se	0: Inseguro (não avalia bem a distância, cai na cadeira) 1: Usa os braços ou não tem movimentos suaves 2: Seguro, movimentos suaves
Score de Equilíbrio	____/16 Pontos

Teste do equilíbrio Estático dinâmico - Marcha			
Instruções: Indivíduo de pé com o examinador, caminha num corredor ou sala, primeiro no seu ritmo normal, e em seguida rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais.			
Itens			Ações observadas
10. Início da marcha (imediatamente após sinal de partida)			0: Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1: Sem hesitação
11. Passo	Largura	Perna direita	0: Não ultrapassa a frente do pé de apoio 1: Ultrapassa o pé esquerdo em apoio
		Perna esquerda	0: Não ultrapassa a frente do pé de apoio 1: Ultrapassa o pé direito em apoio
	Altura	Pé direito	0: Pé direito não perde completamente o contacto com o solo durante o passo 1: Pé direito afasta-se completamente do solo
		Pé esquerdo	0: Pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo durante o passo 1: Pé esquerdo afasta-se completamente do solo
12. Simetria do passo			0: Comprimento do passo aparentemente assimétrico 1: Comprimento do passo aparentemente simétrico
13. Continuidade do passo			0: Para ou dá passos descontínuos 1: Passos parecem contínuos
14. Percurso de 3 metros			0: Desvia-se da linha marcada 1: Desvia-se ligeiramente ou utiliza dispositivos auxiliares da marcha 2: Sem desvios ou ajudas
15. Estabilidade do tronco			0: Nítida oscilação ou utiliza dispositivo auxiliar de marcha 1: Sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna lombar ou afasta os braços enquanto caminha 2: Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivos auxiliares de marcha
16. Base de sustentação durante a marcha			0: Calcanhares muito afastados 1: Calcanhares próximos, quase se tocam durante a marcha
Score da marcha			_____/12 Pontos

Score total (Equilíbrio + Marcha)	_____/28 Pontos
--	-----------------

Avaliação do risco de queda segundo score obtido		
< 19 pontos - Alto risco	19 a 24 pontos - Risco moderado	≥ 24 pontos - Baixo risco

ANEXO IX

Escala de Classificação Funcional da Marcha de Holden

ESCALA DE HOLDEN

Título original: Functional Ambulation Categories (FAC)

Autor e ano: Holden, Gill, Magliozi (1986)

Artigo: Holden, M. K; Gill, K. M; Magliozi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Phys Ther*, 66:1530-9.

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Santos, C. (2000) e Resende (2001).

Artigo: Santos, C. (2000). *Adaptação cultural e linguística dos instrumentos de medida: Funcional Ambulation Categories e Hauser Ambulation Index*. Monografia. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; Resende, J. A. (2001). *Contributo para o processo de validação intercultural dos instrumentos de medida: Funcional Ambulation Categories e Hauser Ambulation Index*. Monografia. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.

Público alvo: Pessoa com alterações a nível da funcionalidade dos membros inferiores.

Objetivo: Avaliar o grau de dependência funcional da marcha, especialmente dos indivíduos com alterações neurológicas.

Descrição: Esta escala permite determinar o tipo de marcha, tendo como foco o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função das diferentes superfícies. A aplicação do mesmo identifica 6 tipos de marcha.

Preenchimento: Os dados podem ser obtidos diretamente pela observação das características marcha do indivíduo ou indiretamente através de um inquérito ao próprio, familiares ou cuidadores.

Avaliação e interpretação: Após a avaliação da marcha a mesma pode ser classificada em uma de cinco categorias: marcha ineficaz, marcha dependente nível II, marcha dependente nível I, marcha dependente com supervisão, marcha independente em superfície plana e marcha independente. A descrição da categoria selecionada deverá refletir o mais aproximadamente possível a capacidade do indivíduo para a marcha

ESCALA DE HOLDEN

(Versão Portuguesa: Resende, 2001)

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão demais que uma pessoa para andar de forma segura.
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente (com supervisão)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.

ANEXO X

Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

Título original: The Barthel Index

Autor e ano: Mahoney e Barthel (1965)

Artigo: Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007

Artigo: Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.

Publico alvo: Pessoa adulta

Objetivo: Avaliar a capacidade do indivíduo para desempenhar determinadas tarefas de forma independentemente.

Descrição: O índice avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A DGS recomenda a sua utilização nos indivíduos com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC).

Preenchimento: Através da observação direta, de registos clínicos ou do autopreenchimento, deverá ser assinalada a resposta que melhor traduz a situação do indivíduo, para cada uma das dez atividades.

Avaliação e interpretação: Cada atividade apresenta entre duas a quatro níveis de dependência, em que a pontuação zero corresponde a dependência total e 5,10,15 a diferentes níveis de independência. O Score global varia entre 0 e 100 pontos, sendo que quanto menor a pontuação maior o grau de dependência. Os resultados obtidos no índice devem ser interpretados de acordo com a seguinte tabela:

Pontuação	Nível de dependência
90 - 100	Independência
60 – 89	Ligeiramente de dependente
40 – 55	Moderadamente dependente
20 – 35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

ÍNDICE DE BARTHEL

(Versão Portuguesa: Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007)

Item	Atividades básicas de vida diária	Score
Alimentar-se	Incapaz	0
	Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	5
	Independente (a comida é providenciada)	10
Vestir	Dependente	0
	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	5
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10
Banho	Dependente	0
	Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5
Higiene pessoal	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5
Ir à casa de banho	Dependente	0
	Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5
	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10
Controlo intestinal	Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	0
	Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	5
	Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10
Controlo vesical	Incontinente ou algaliado	0
	Episódios ocasionais de incontinência (máximo 1 vez em 24 horas)	5
	Continente (por mais de 7 dias)	10
Subir e descer escadas	Incapaz	0
	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	5
	Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	10
Transferência (cadeira/cama)	Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se)	0
	Grande ajuda (1 ou 2 pessoas) física, consegue sentar-se	5
	Pequena ajuda (verbal ou física)	10
	Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15
Mobilidade (Deambulação)	Imobilizado	0
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.	5
	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10
	Independente (pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	15
Pontuação total		

ANEXO XI

Escala de Lawton e Brody

ESCALA DE LAWTON E BRODY

Título original: The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale

Autor e ano: Lawton e Brody (1969)

Artigo: Lawton M.P. e Brody (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9, 179-186.

Validada para Portugal: Não

Traduzida para Portugal: Sim

Autor e ano: Sequeira (2007)

Artigo: Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Público alvo: Pessoa idosa

Objetivo: Avaliar o nível de independência do indivíduo na realização das suas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) de modo global e parcelar.

Descrição: O índice permite planejar intervenções junto da pessoa idosa através da avaliação da capacidade do indivíduo para a execução das seguintes oito atividades instrumentais de vida diária: usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, cuidar da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro.

Preenchimento: Para cada uma das oito atividades deverá ser selecionada o item que melhor traduza a situação do indivíduo.

Avaliação e interpretação: Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência. Cada uma das oito atividades instrumentais é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que pontuação mais alta corresponde a um maior grau de dependência. O score total varia entre 8 e 30 pontos segundo os seguintes pontos de corte:

Nível de dependência	Score
Independente	8
Moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda)	9 – 20
Severamente dependente (necessita de muita ajuda)	> 20

ESCALA DE LAWTON E BRODY

(Versão Portuguesa traduzida: Sequeira, 2007)

Item	Atividades instrumentais de vida diária	Score
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
Pontuação total		

ANEXO XII

Escala de Avaliação Sociofamiliar de Gijón

ESCALA DE AVALIAÇÃO SÓCIOFAMILIAR DE GIJÓN

Título original: Escala de valoración sociofamiliar

Autor e ano: García González, 1999

Artigo: González, J., Palacios, E., García, A., González, D., Calcoya, A., Sanchez, A., et al. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Primaria*. 23, 434-440.

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Mourão, 2008.

Artigo: Mourão, L. (2008). *Aplicação da Escala de Gijón em rastreio de Risco Social*. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Gerontologia.

Público alvo: Pessoa idosa

Objetivo: Detetar situações de risco ou de problema social.

Descrição: Instrumento útil na prática da assistência social em contexto de saúde primária em pessoas idosas. Avalia cinco aspetos: Situação Familiar, Situação Económica, Habitação, Relações Sociais e Apoio da Rede Social.

Preenchimento: Para cada uma das áreas de avaliação deverá ser assinalada apenas a uma opção.

Avaliação e interpretação: A pontuação global final varia entre 5 e 25 e deverá ser interpretada de acordo com a seguinte tabela:

Pontuação	Risco social
< 10	Normal ou Baixo Risco Social
10 – 16	Risco Social Intermédio
> 17	Risco Social Elevado (Problema Social)

ESCALA DE AVALIAÇÃO SÓCIOFAMILIAR DE GIJÓN

(Versão Portuguesa: Mourão, 2008)

I - Situação Familiar	
Vive com família sem dependência física/ psíquica	1
Vive com cônjuge de idade semelhante	2
Vive com cônjuge/ família e apresenta algum grau de dependência	3
Vive só e tem filhos que vivem perto	4
Vive só e não possui filhos ou estes vivem longe	5
II - Situação Económica	
Mais de 1,5 vezes o Salário Mínimo Nacional	1
Desde 1,5 vez o Salário Mínimo Nacional até ao Salário Mínimo Nacional	2
Desde Salário Mínimo Nacional até à Pensão Mínima Contributiva	3
Pensão não contributiva	4
Sem rendimentos ou inferior à Pensão não Contributiva	5
III - Situação Habitacional	
Habitação adequada às necessidades	1
Habitação c/ barreiras arquitetónicas (degraus no interior, portas estreitas, WC desadequado, sem elevador)	2
Habitação deficitária (sem WC completo, sem água quente, sem condições de higiene)	3
Habitação sem elevador e telefone	4
Habitação inadequada (barraca, casa em ruína, ausência de equipamento mínimo - água, luz, gás)	5
IV - Relações Sociais	
Utente mantém relações sociais	1
Utente mantém relações sociais só com a família e vizinhos	2
Utente mantém relações sociais só com a família e só com vizinhos	3
Utente não sai do domicílio, mas recebe a família	4
Utente não sai do domicílio e não recebe visitas	5
V - Rede Social de Suporte	
Utente com apoio familiar ou de vizinhos	1
Utente com apoio domiciliário ou voluntariado social	2
Utente sem apoio	3
Utente aguarda integração em residência geriátrica ou lar	4
Utente em cuidados permanentes	5
Pontuação Total	

ANEXO XIII

Entrevista de Zarit

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZERIT

Título original: Burden Interview Scale

Autor e ano: Zarit e Zarit, 1983

Artigo: Zarit, S., H. & Zarit, J., M. (1983) - The memory and behaviour problems checklist – and the burden interview. Technical report. Pennsylvania State University.

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Sequeira, 2007

Artigo: Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência. II Série, 12, 9-16.

Publico alvo: Cuidadores informais

Objetivo: Avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores informais, explorando os efeitos negativos sobre estes, em áreas distintas da sua vida: social, pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

Descrição: É constituída por 22 questões e permite identificar 4 aspetos:

Impacto da prestação de cuidados (itens: 1,2,3,6,8,10,11,12,13,17,22): relacionada com a prestação de cuidados diretos

Relação interpessoal (Itens: 4,5,16,18,19): avaliam o impacto interpessoal que resulta da relação de prestação de cuidados

Expectativas face ao cuidar (Itens: 7,8,14,15): expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, centrando-se essencialmente nos meios, receios e disponibilidades e a

Perceção de autoeficácia (Itens: 20,21): refere-se à opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho

Preenchimento: Em cada item deverá ser colocado o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Avaliação e interpretação: Cada item é avaliado de forma qualitativa e quantitativa: Nunca (1); quase nunca (2); às vezes (3); muitas vezes (4); quase sempre (5).

A pontuação global final varia entre 22 e 110:

Pontuação	Sobrecarga
< 46	Sem sobrecarga
46 – 56	Sobrecarga ligeira
>56	Sobrecarga intensa

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZERIT

(Versão Portuguesa: Sequeira, 2007)

N.º	Item	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Muitas vezes (4)	Quase sempre (5)
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					
Pontuação Total						

ANEXO XIV

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR

Título original: Carers' Assessment of Difficulties Index

Autor e ano: Nolan e colaboradores (1989,1996,1998)

Artigos: **1)** Nolan, M. & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers. A neglected area of nurses practice. *Journal of advanced Nursing*, 14, 950 – 961; **2)** Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*. Buckingham: Open University Press; **3)** Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1996). *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton: Pavillon Publications.

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Brito, 2002

Artigo: Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Público alvo: Cuidadores informais

Objetivo: Avaliar as dificuldades e necessidades do cuidador possibilitando a adequação das intervenções a desenvolver em cada situação. Foi criado sobretudo para ser aplicado a casos clínicos, podendo, no entanto, ser útil em investigação, pois permite avaliar qualitativamente e quantitativamente as dificuldades dos cuidadores.

Descrição: É constituído por 30 eventuais dificuldades do cuidador, as quais podem ser agrupadas em sete áreas: problemas relacionados com o idoso (itens 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26); reações à prestação de cuidados (itens 1,2,3,9,17,19,29 e 30); exigências de ordem física da prestação de cuidados (itens 6,10,13,15,23 e 24); restrições na vida social (itens 8,18 e 20); falta de apoio familiar (itens 16 e 28); falta de apoio profissional (itens 7 e 27); problemas financeiros (itens 4 e 21).

Preenchimento: Em cada item o cuidador deverá responder se a situação em questão é vivenciada por si, e em caso afirmativo, deverá assinalar, colocado o sinal X, se a mesma não o (a) perturba, causa alguma perturbação ou perturba-o (a).

Avaliação e interpretação: Para a avaliação de cada item o cuidador tem 4 possibilidade de resposta: Não acontece no meu caso (1); Acontece, mas não me perturba (2); Acontece, e causa-me alguma perturbação (3); Acontece e perturba-me muito (4).

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR

(Versão Portuguesa: Brito, 2002)

N.º	Prestar cuidados pode ser difícil porque ...	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso e ...		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas" /sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				

N.º	Prestar cuidados pode ser difícil porque ...	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso e ...		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Se existirem outras situações não contempladas pelos itens anteriores, por favor indique-as a seguir e assinale-as, em que medida elas o perturbam.

N.º	Prestar cuidados pode ser difícil porque ...	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso e ...		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1					
2					
3					
4					
5					
6					

ANEXO XV

Escala de APGAR Familiar

ESCALA DE APGAR FAMILIAR

Título original: The Family Apgar Score

Autor e ano: Smilkstein (1978)

Artigo: Smilkstein, G. (1978) The Family Apgar Score: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. *The Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239

Traduzida e validade para Portugal: Sim

Autor e ano: Agostinho e Rebelo (1988)

Artigo: Agostinho, M.; Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5 (32),18-21.

Público alvo: Pessoa adulta

Objetivo: Avaliar a percepção do indivíduo sobre o funcionamento da sua família.

Descrição: É constituída por cinco itens relacionadas com as componentes fundamentais da função familiar:

Aadaptability (Adaptação intrafamiliar): relaciona-se com os recursos existentes, intra e extrafamiliares, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;

Partnersthip (Participação/comunicação): remete para a partilha na tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;

Growth (Crescimento/desenvolvimento): compreende os aspetos físicos, psicológicos e emocionais, bem como as atividades realizadas pelos diversos membros da família, resultantes de um mútuo apoio e orientação;

Affection (Afeto): avalia a presença de relações de cuidados ou afetivas entre os membros da família;

Resolve (Resolução/dedicação ou decisão): Relaciona-se com o tempo dedicado a outros membros da família.

Preenchimento: Cada item tem associado três opções de resposta, “Quase sempre”, “Algumas vezes” e “Quase nunca”; sendo que a pontuação correspondente a cada uma delas é respetivamente 2, 1 e 0. O score final é resultado da soma dos valores obtidos em cada um dos cinco itens.

Avaliação e interpretação: A pontuação total, que varia entre zero e dez, permite classificar o tipo de relação familiar segundo os seguintes critérios:

Nível de funcionalidade familiar		
7 a 10 - altamente funcional	4 a 6 - com disfunção leve	0 a 3 - disfunção severa

ESCALA DE APGAR FAMILIAR

(Versão Portuguesa: Agostinho e Rebelo, 1988)

Nível de funcionalidade familiar			
A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	Quase sempre	2
		Algumas vezes	1
		Quase nunca	0
B	Estou satisfeito(a) com a forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha cominho a solução do problema.	Quase sempre	2
		Algumas vezes	1
		Quase nunca	0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o eu estilo de vida	Quase sempre	2
		Algumas vezes	1
		Quase nunca	0
D	Estou satisfeito(a) com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase sempre	2
		Algumas vezes	1
		Quase nunca	0
E	Estou satisfeito(a) com o tempo que passo com a minha família.	Quase sempre	2
		Algumas vezes	1
		Quase nunca	0
Score total			
De 7 a 10 pontos sugere uma família altamente funcional.			
De 4 a 6 pontos sugere uma família com disfunção leve.			
De 0 a 3 pontos sugere uma família com disfunção severa.			

ANEXO XVI

Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT)

INDICADOR DE FRAGILIDADE DE TILBURG

Título original: Tilburg Frailty Indicator (TFI)

Autor e ano: Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee e Shols (2010)

Artigo: Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T. & Shols, J. M. G. A. (2010a). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58, (2), 76-86.

Traduzida e validada para Portugal: Sim

Autor e ano: Coelho, Santos, Paúl, Gobbens e Fernandes (2014)

Artigo: Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J., & Fernandes, L. (2015). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatrics & gerontology international*, 15(8), 951-960.

Público alvo: Pessoa idosa

Objetivo: Avaliar (triagem) a presença de fragilidade no indivíduo a residir na comunidade.

Descrição: Instrumento constituído por 25 questões agrupadas em duas partes:

Parte A: Inclui 10 itens sobre as determinantes da fragilidade - dados sociodemográficos, estilos de vida, comorbilidades, acontecimentos de vida e satisfação com o ambiente habitacional do indivíduo.

Parte B: Constituída por 15 itens divididas em três dimensões (física, psicológica e social) orientadas para as componentes da fragilidade. Aqui é triada a fragilidade através do cálculo do score total e parcial de cada domínio. O domínio físico inclui oito questões sobre saúde física, perda de peso inexplicável, dificuldade na marcha, dificuldade em manter o equilíbrio, problemas de audição, problemas de visão, falta de força nas mãos e cansaço físico. O domínio psicológico é constituído por quatro itens relacionados com a cognição, sintomas depressivos / ansiosos e estratégias de *coping*. O domínio social inclui três itens: morar sozinho, relações sociais e apoio social.

Preenchimento: Todas as 25 questões deveram ser respondidas pelo indivíduo (uma triagem prévia do estado cognitivo é aconselhada, devido à natureza de autorrelato do instrumento). A parte A tem três itens de resposta aberta (idade, país, escolaridade), seis itens com várias opções de resposta fechada e um item com seis alíneas em que, a cada uma delas, corresponde duas categorias de resposta (sim / não). Na parte B 11 do total dos 15 itens têm duas categorias de resposta (sim / não) enquanto quatro têm três (sim / não / às vezes).

Avaliação e interpretação: Apenas a parte B permite triar a fragilidade, sendo que aqui todos os seus 15 itens são pontuados com 0 ou 1 de acordo com o tipo de resposta. A soma das pontuações obtidas em cada um item e respetivos domínios resulta num score que varia entre 0 e 15. O ponto de corte na versão Portuguesa (diferente da versão original) é 6, logo uma pontuação total igual ou superior a este valor indica presença de fragilidade. Segundo o IFT quanto maior a pontuação obtida acima do ponto de corte maior será o grau de fragilidade. Para cada um dos itens da parte B (componentes da fragilidade) a pontuação das respetivas respostas é a seguinte:

Questões	Opções de resposta (Pontuação)		
11	Sim (0)	Não (1)	-
12 - 18	Sim (1)	Não (0)	-
19	Sim (1)	Não (0)	Por vezes (0)
20 e 21	Sim (1)	Não (0)	Por vezes (1)
22	Sim (0)	Não (1)	-
23	Sim (1)	Não (0)	-
24	Sim (1)	Não (0)	Por vezes (1)
25	Sim (0)	Não (1)	-

INDICADOR DE FRAGILIDADE DE TILBURG

(Versão Portuguesa: Coelho, Santos, Paúl, Gobbens & Fernandes, 2014)

Parte A: Determinantes de fragilidade1. Qual é o seu sexo? ☐ masculino ☐ feminino

2. Qual é a sua idade? _____ anos

3. Qual é o seu estado civil?

casado(a)/vive com um parceiro(a)

separado(a)/divorciado(a)

solteiro(a)

viúvo(a)

4. Em que país nasceu? _____

5. Quantos anos de escolaridade completou? _____ anos

6. Em que categoria inclui o rendimento mensal do seu agregado familiar?

250€ ou menos

501€ a 750€

1001€ a 1500€

☐ 2001€ ou mais

251€ a 500€

751€ a 1000€

1501€ a 2000€

Globalmente, em que medida diria que o seu estilo de vida é saudável?

☐ Saudável☐ nem muito nem pouco saudável☐ não saudável

Tem duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas?

☐ sim ☐ não

Aconteceu-lhe uma ou mais das seguintes situações durante o ano passado?

a morte de uma pessoa querida ☐ sim ☐ nãouma doença grave em si próprio ☐ sim ☐ nãouma doença grave numa pessoa querida ☐ sim ☐ nãoum divórcio ou o fim de uma relação íntima importante ☐ sim ☐ nãoum acidente de viação ☐ sim ☐ nãoum crime ☐ sim ☐ não

Está satisfeito com o ambiente em sua casa?

☐ sim ☐ não**Parte B: Componentes de fragilidade****B1: Componentes físicos**

Sente-se fisicamente saudável?

☐ sim ☐ não

Perdeu muito peso recentemente sem desejar fazê-lo? ('muito' é: 6 kg ou mais, durante os últimos seis meses, ou 3 kg ou mais, durante o último mês)

☐ sim ☐ não

Tem problemas na sua vida diária devido a:

.....dificuldade em andar?

☐ sim ☐ não

.....dificuldade em manter o seu equilíbrio?

☐ sim ☐ não

.....dificuldade de audição?

☐ sim ☐ não

.....dificuldade de visão?

☐ sim ☐ não

.....falta de força nas suas mãos?

☐ sim ☐ não

.....cansaço físico?

☐ sim ☐ não

B2: Componentes psicológicos

Tem problemas com a sua memória?

☐ sim ☐ por vezes ☐ não

Tem-se sentido em baixo durante o último mês?

☐ sim ☐ por vezes ☐ não

Tem-se sentido nervoso ou ansioso durante o último mês?

☐ sim ☐ por vezes ☐ não

É capaz de lidar bem com os problemas?

☐ sim ☐ não

B3: Componentes Sociais

Vive sozinho?

☐ sim ☐ não

Por vezes, sente falta de ter pessoas à sua volta?

☐ sim ☐ por vezes ☐ não

Recebe suficiente apoio de outras pessoas?

☐ sim ☐ não

Pontuação da Parte B: Componentes de fragilidade (varia: 0 – 15)

Questão 11: sim = 0, não = 1

Questão 12 – 18: não = 0, sim = 1

Questão 19: não e por vezes = 0, sim = 1

Questão 20 e 21: não = 0, sim e por vezes = 1

Questão 22: sim = 0, não = 1

Questão 23: não = 0, sim = 1

Questão 24: não = 0, sim e por vezes = 1

Questão 25: sim = 0, não = 1

Pontuação final: _____

Pontuação B1 (domínio físico): _____

Pontuação B2 (domínio psicológico): _____

Pontuação B3 (domínio social): _____

Ponto de corte: 6

ANEXO XVII

**Declaração de participação na sessão de formação sobre
referenciação de doentes à RNCCI – Papel do enfermeiro**

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

CENTRO DE FORMAÇÃO
DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma 4512:2012

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Bruno Cesar Cardoso Verde, com o N.º Mec. 38643, frequentou
no dia 17 de abril de 2018, com a duração total de 2 horas, a Sessão Formativa

***Referenciação de Doentes à Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados (RNCCI) - Papel do Enfermeiro***

Lisboa, 17 de abril de 2018

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação do CHLN

Mod.078/002/CF-CHLN

CENTRO DE FORMAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 108 – Fax: 217 805 603

www.chln.pt



Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000

www.chln.pt

ANEXO XVIII

Declaração de presença no 1º Congresso de Reabilitação de Enfermagem

REABILITA

1º CONGRESSO Enfermagem de Reabilitação

12 13 DEZ 2018
HOTEL VIP GRAND
Lisboa

#REABILITARÉCAPACITAR

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



HOSPITAL
PulidoValente



Certifica-se que

Bruno Cardoso Verde

participou no 1º Congresso de Enfermagem
de Reabilitação, que decorreu nos dias 12 e 13
de Dezembro de 2018, no Hotel Vip Grand em
Lisboa.

Teresa Dotti
Presidente do 1º Congresso
de Enfermagem de Reabilitação

ANEXO XIX

Declaração de presença no Workshop “Ventilação não Invasiva”

REABILITA

1º CONGRESSO Enfermagem de Reabilitação

12 13 DEZ 2018

HOTEL VIP GRAND
Lisboa

#REABILITARÉCAPACITAR

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Público Valente



Certifica-se que

Bruno Cardoso Verde

participou no Workshop “Ventilação não Invasiva”
que decorreu no dia 12 de Dezembro de 2018,
no Hotel Vip Grand em Lisboa.

Teresa Dotti
Presidente do 1º Congresso
de Enfermagem de Reabilitação

Patrocinado por



ANEXO XX

Autorização do estágio de observação da EGA

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

Exmo. Sr.
Enf. Bruno César Cardoso Verde
Medicina [REDACTED] CHULN - [REDACTED]

ASSUNTO: Pedido de atividade complementar a estágio

Em resposta ao pedido remetido no dia 26.11.2018, somos a informar que está autorizado a observar as intervenções de Enfermagem na Equipa de Gestão de Altas do CHULN - [REDACTED], como atividade complementar ao estágio atualmente a decorrer no âmbito do 9.º curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Os dias de observação deverão ser acordados previamente entre todas as entidades intervenientes, incluindo a Sra. Enf.ª Especialista Paula Abrunhosa, que integra a Equipa de Gestão de Altas.

Com os nossos cumprimentos,
CHULN-[REDACTED], 21 de dezembro de 2018

A Enfermeira Diretora

Catarina Bатуca
Enfermeira Directora

DIREÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Hospital de Santa Maria
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@chln.min-saude.pt

Hospital Pulido Valente
Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt
gfie-de.hpv@chln.min-saude.pt

ANEXO XXI

Planeamento da formação em serviço para 2019

PROJETO DE FORMAÇÃO 2019 – Medicina

INTRODUÇÃO	1
1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO	4
1.1. MISSÃO E ÂMBITO	4
2. CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS PROFISSIONAIS	5
2.1. ENFERMEIROS.....	5
2.2. ASSISTENTES OPERACIONAIS	6
3. FUNDAMENTAÇÃO DA FORMAÇÃO	7
4. PROJETO DE SERVIÇO	10
4.1. PLANO DE ATIVIDADES	11
4.1.1. ENFERMEIROS.....	13
4.1.2. ASSISTENTES OPERACIONAIS	22
4.2. CRONOGRAMA DO PLANO DE ACTIVIDADES	26
4.2.1. ENFERMEIROS.....	26
4.2.2. ASSISTENTES OPERACIONAIS	27
5. AVALIAÇÃO DO PLANO DE FORMAÇÃO	28
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

ANEXO XXII

Parecer da CE para a Saúde da ARSLVT



Exmo. Senhor

Dr. Bruno Verde

brunoverde22@hotmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

9818/CES/2018

17.10.2018

Assunto: Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação do dia 12.10.2018, tendo sido emitido um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

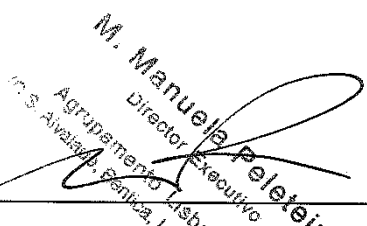
ANEXO XXIII

**Autorização do estudo de investigação pela diretora executiva e
coordenador da USF**



DECLARAÇÃO

Na qualidade de Directora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte (ACES Lisboa Norte), declaro que existem condições logísticas, humanas e éticas para assegurar a realização do estudo "Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar", na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED], no ACES Lisboa Norte sob a responsabilidade do Sr. Dr. Bruno Verde na qualidade de Investigador Principal.


M. Manuela de Cunha e Vasconcelos Peleteiro
Directora Executiva
ACES Lisboa Norte
Agrupamento de Centros de Saúde
Unidade de Saúde Familiar, Lumiar, Lisboa

Dra. Maria Manuela de Cunha e Vasconcelos Peleteiro
Directora Executiva do ACES Lisboa Norte

2018/08/30

Data

DECLARAÇÃO DO COORDENADOR DA USF [REDACTED]

Eu, Pedro Miguel Alves, coordenador da USF [REDACTED], autorizo a realização do trabalho de investigação integrado no projeto de estágio intitulado ***“Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar”***, a desenvolver na USF [REDACTED], uma vez que a respetiva unidade reúne todas as condições estruturais e logísticas para o desenvolvimento do mesmo.

Dr. Pedro Miguel Alves
Coordenador da USF [REDACTED]
ACES - Lisboa Norte

O coordenador da USF [REDACTED]



(Dr. ° Pedro Miguel Alves)

Lisboa, 28 de agosto de 2018

ANEXO XXIV

Autorização para utilização da versão portuguesa do IFT

De: Tiago Coelho

Enviado: 26 de julho de 2018 11:57

Para: Bruno Verde

Cc: Profª Drª Idalina ESEL Gomes

Assunto: Re: Pedido de autorização para utilizar da escala de avaliação da fragilidade- Tilburg Frailty Indicator

Bom dia,

Tem a nossa autorização para utilizar o TFI.

Envio o TFI e o artigo de validação em anexo.

Encontramo-nos ao dispor para qualquer colaboração no âmbito do estudo da fragilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Tiago Coelho

No dia 25 de julho de 2018 às 17:51, Bruno Verde <brunoverde22@hotmail.com> escreveu:
Exm.ª Professor Doutor Tiago Coelho.

O meu nome é Bruno Verde, sou enfermeiro no serviço de Medicina interna do Hospital Pulido Valente (Lisboa), e frequento atualmente o curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No âmbito académico, planeio desenvolver um trabalho de investigação que tem por tema a prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou o cuidador familiar, e orientação a Professora Doutora Idalina Gomes.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a vossa permissão para a utilização do instrumento de avaliação da fragilidade por si traduzido, validado e adaptado para a população portuguesa, o Tilburg Frailty Indicator (TFI).

Agradeço desde já a sua atenção, estando disponível para qualquer esclarecimento que considere conveniente.

Atenciosamente

Bruno Verde



Sem vírus. www.avast.com

ANEXO XXV

Parecer da CE para a Saúde do CHULN

**CENTRO ACADÉMICO
DE MEDICINA DE LISBOA**CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, E.P.E.HOSPITAL DE
SANTAMARIAHospital
PulidoValenteU
LISBOA
UNIVERSIDADE
DE LISBOAM
FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA**Presidente**

Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares (CHLN e CAML)

Vice-Presidente

Prof.ª Doutora Maria Luisa Figueira (CAML)

Membros

Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHLN)

Prof.ª Doutora Ana Isabel Lopes (CHLN)

Prof.ª Doutora Maria do Céu Rueff (CAML)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Mestre Enf.ª Graça Roldão (CHLN)

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda (CAML)

Prof. Doutor João Lavinha (CAML)

Prof.ª Doutora Mafalda Videla (CAM:L)

Prof. Doutor Mário Miguel Rosa (CHLN)

Dra. Patrícia Trindade Gonçalves (CHLN)

Exmo. Senhor

Enfermeiro Bruno Verde

Serviço de Medicina III C

Hospital Pulido Valente

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 26 de Novembro de 2018

Nossa Ref.º, Nº 367/18

Assunto: Estudo "Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e / ou cuidador familiar"Relator - *Mestre Enfermeira Graça Roldão*

Pela presente informamos que o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 2 de Outubro de 2018, parecer favorável da Comissão de Ética, pendente de uma correção presentemente cumprida.

O estudo obedece aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados em matéria de investigação clínica, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais tendo como designio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CHLN e CAML

Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares

1

COMISSÃO DE**ÉTICA DO CHLN E DO CAML**AVENIDA PROFESSOR EGAS MONIZ
1649-035 LISBOA
TEL. – 21 780 54 05; FAX – 21 780 56 90
ANA.PIMENTEL@CHLN.MIN-SAUDE.PTALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

ANEXO XXVI

Autorização do estudo de investigação pela diretora de enfermagem do CHULN

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

Exmo. Sr.
Enfermeiro Bruno Verde

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados

Vimos por este meio informar que está autorizada a aplicação do questionário inerente ao Indicador de Fragilidade de Tilburg no serviço de Medicina [REDACTED] do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - [REDACTED], no período compreendido entre 7 de janeiro e 8 de fevereiro de 2019, no âmbito do projeto de estágio intitulado "Prevenção da Fragilidade: Cuidados de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa e/ ou Cuidador Familiar", integrado no 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Mais informamos que deverá enviar uma cópia do trabalho final para o email da Direção de Enfermagem – Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem: gfie-de.hpv@chln.min-saude.pt.

Com os nossos cumprimentos,
CHULN-[REDACTED], 03 de janeiro de 2019

A Enfermeira Diretora

Enfermeira Directora

DIREÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Hospital Santa Maria
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@chln.min-saude.pt

Hospital Pulido Valente
Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt
gfie-de.hpv@chln.min-saude.pt

APÊNDICES

APÊNDICE I

Objetivos e atividades delineadas para o projeto de estágio

Objetivo geral			
Desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria pessoa idosa e/ou o seu cuidador, na prevenção dos riscos da fragilidade			
Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> Aprofundar conhecimentos sobre a fragilidade na pessoa idosa 	<ul style="list-style-type: none"> Revisão narrativa da literatura em bases de dados online, livros e artigos científicos sobre: <ul style="list-style-type: none"> Bases conceptuais e respetivas definições da fragilidade; Prevalência da fragilidade; Instrumentos de diagnóstico de fragilidade; Medidas preventivas da fragilidade. Revisão <i>scoping</i> da literatura sobre as intervenções na prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa; Identificar intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção primordial, primária, secundária, terciária e quaternária, segundo uma conceção multidimensional da fragilidade; Identificação do(s) instrumento(s) para avaliação e diagnóstico da fragilidade que melhor se adequem à filosofia de cuidados de enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> Realiza uma revisão narrativa da literatura; Realiza uma revisão <i>scoping</i> da literatura. Identifica as intervenções de enfermagem na prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa; Identifica o instrumento de avaliação da fragilidade e justifica-o de acordo com a filosofia de cuidados de enfermagem. 	<p>Humanos: Prof.^a Orientadora da ESEL.</p> <p>Materiais: Computador; Livros e artigos científicos.</p> <p>Técnicos: Internet.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Analisar o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa potencialmente ou 	<ul style="list-style-type: none"> Consulta da legislação sobre as competências dos enfermeiros generalistas e especialista em EMC na vertente da pessoa idosa; Revisão narrativa da literatura em bases de dados online, livros e artigos científicos sobre: <ul style="list-style-type: none"> Cuidados à pessoa idosa e/ou cuidador, segundo o modelo de intervenção em parceria para promoção do cuidado de si, Intervenções do enfermeiro generalista e especialista na prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa; 	<ul style="list-style-type: none"> Identifica as competências dos enfermeiros generalistas e especialistas em EMC na vertente da pessoa idosa; Conhece o modelo de cuidados de enfermagem em parceria; Apresenta uma reflexão sobre o papel dos enfermeiros, generalistas e especialistas, na prestação de cuidados à pessoa idosa 	<p>Humanos: Prof.^a Orientadora da ESEL.</p> <p>Materiais: Computador, legislação, Livros e artigos científicos.</p> <p>Técnicos: Internet.</p>

efetivamente frágil e/ou seu cuidador	<ul style="list-style-type: none"> Reflexão sobre o papel do enfermeiro generalista e especialista na prestação de cuidados à pessoa potencialmente ou efetivamente frágil e /ou cuidador. 	potencialmente ou efetivamente frágil e/ou seu cuidador.	
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador na prevenção da fragilidade e promoção do cuidado de si 	<ul style="list-style-type: none"> Estágio na USF e no serviço de Medicina; Diagnóstico e caracterização da fragilidade na pessoa idosa, pela aplicação de instrumentos de avaliação multidimensional adequados; Elaboração de projetos de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador, que: <ul style="list-style-type: none"> Respeitem os projetos de vida e saúde individuais; Promovam o cuidado de si; Contemplem medidas de prevenção. Participação nas reuniões da Equipe de Gestão de Altas (EGA), como elo de ligação do serviço, na identificação de necessidades/dificuldades da pessoa idosa e/ou cuidador e no planejamento, em parceria com ambos, de projetos de cuidados; Elaboração de estudos de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> Gere e presta cuidados à pessoa idosa, através de uma relação de parceria, para a prevenção da fragilidade e promoção do cuidado de si, nos diferentes contextos de cuidados; Participa nas reuniões da EGA, onde identifica as necessidades da pessoa idosa e/ou cuidador e planeia, em parceria com ambos, projetos de cuidados; Apresenta estudos de caso desenvolvidos em cada um dos contextos de cuidados. 	<p>Humanos: Prof.^a Orientadora da ESEL, Orientadoras do serviço.</p> <p>Materiais: Computador, legislação, Livros e artigos científicos.</p> <p>Técnicos: Internet.</p> <p>Físicos: USF e Medicina.</p>
Objetivo geral			
Desenvolver competências na equipe de enfermagem para a prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa			
Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> Mobilizar a equipe de enfermagem para a prestação de cuidados em parceria com a 	<ul style="list-style-type: none"> Estágio na Medicina; Realização de uma reunião com a enfermeira chefe para apresentar o projeto de estágio; Realização de sessões de formação dirigidas à equipe de enfermagem sobre: 	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta o projeto à enfermeira chefe e à especialista em EMC do respectivo contexto de estágio; Desenvolve conhecimentos na equipe de enfermagem sobre a problemática da 	<p>Humanos: Enfermeira Chefe e Equipe de enfermagem, Prof.^a orientadora,</p>

<p>pessoa idosa e/ou seu cuidador, na prevenção dos riscos da fragilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A problemática da fragilidade na pessoa idosa e dos riscos associados à mesma; – A importância da avaliação, diagnóstico e prevenção (primária, secundária e terciária) associadas à fragilidade na pessoa idosa. • Promoção de momentos formais e informais de reflexão sobre os cuidados prestados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador no sentido da prevenção dos riscos da fragilidade (apresentação do estudo de caso ou de situações que permitam uma reflexão sobre a prática de cuidados). 	<p>fragilidade e da importância da sua avaliação, diagnóstico e prevenção.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Providencia momentos de reflexão das práticas de cuidados 	<p>orientadora do serviço.</p> <p>Materiais: Legislação, Livros e artigos científicos, Computador e projetor.</p> <p>Físicos: Serviço de Medicina</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipa de enfermagem para o desenvolvimento de intervenções de prevenção da fragilidade na pessoa idosa em contexto hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estágio no serviço de Medicina; • Realização de uma reunião com a equipa de enfermagem para a apresentação, análise e discussão do projeto; • Elaboração, em parceria com a orientadora de estágio do respetivo serviço (Enfermeira especialista em EMC) de: <ul style="list-style-type: none"> – Um dossier, dirigido para a equipa de enfermagem, sobre a fragilidade na pessoa idosa que seja constituído por Literatura de apoio, intervenção de enfermagem para cada nível de prevenção, fluxograma de ação, Indicador da Fragilidade de Tilburg; – Um poster sobre a fragilidade na pessoa idosa, direcionado para a equipa de enfermagem, o idoso e/ou seu cuidador; • Formação continua à equipa de enfermagem sempre que seja necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta o projeto de estágio à equipa de enfermagem; • Desenvolve, com a enfermeira especialista em EMC do respetivo serviço, um dossiê sobre a fragilidade, um folheto e um poster; • Fornece apoio e formação continua à equipa de enfermagem no âmbito da prevenção da fragilidade na pessoa idosa. 	<p>Humanos: Prof.^a orientadora, orientadora do serviço e Equipa de enfermagem.</p> <p>Materiais: Legislação, Livros e artigos científicos, Computador e projetor.</p> <p>Físicos: Serviço de Medicina.</p>

Objetivo geral			
Determinar a prevalência da fragilidade, segundo o IFT, numa amostra da população idosa da USF e do serviço de Medicina			
Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> Caraterizar o perfil da fragilidade de uma amostra da pessoa idosa no contexto da USF e do serviço de Medicina 	<ul style="list-style-type: none"> Pedir autorização ao autor que adaptou, para Portugal, o instrumento de avaliação da fragilidade: o IFT; Estágio na USF e no serviço de Medicina; Mobilização da equipa multidisciplinar para a necessidade e importância de caraterizar o perfil da fragilidade na pessoa idosa; Capacitação da equipa de enfermagem para a utilização do instrumento de avaliação da fragilidade: o IFT; Aplicação do instrumento de avaliação da fragilidade: o IFT, a uma amostra da população idosa; Analisar os dados resultante da aplicação do instrumento de avaliação da fragilidade: IFT; Comunicação à equipa multidisciplinar sobre a prevalência da fragilidade no serviço. Realização de um artigo científico sobre a fragilidade e a sua prevalência em ambos os contextos de cuidados; Integração do projeto de investigação na UI&DE para caraterização da fragilidade da pessoa idosa num contexto de cuidados de saúde primários e secundários e de intervenções de enfermagem para a promoção do cuidado de si. 	<ul style="list-style-type: none"> Envolve a equipa multidisciplinar no desenvolvimento do projeto de estágio; Avalia a fragilidade na pessoa idosa, segundo o IFT; Publica um artigo sobre a fragilidade e a sua prevalência da em ambos os contextos de cuidados Desenvolve um trabalho de investigação sobre a caraterização da fragilidade da pessoa idosa e as intervenções de enfermagem para a promoção do cuidado de si 	<p>Humanos: Equipa de enfermagem, Prof.^a orientadora, orientadoras do serviço.</p> <p>Materiais: Legislação, Livros e artigos científicos e Computador.</p> <p>Técnicos: software de edição de texto e análise de dados.</p> <p>Físicos: USF e Medicina.</p>

APÊNDICE II

Caraterização dos locais de estágio

Unidade de Saúde Familiar

A USF integra a ACES Lisboa Norte, cuja missão é garantir a excelência dos CSP e obter ganhos em saúde com a participação e satisfação do cidadão e dos seus profissionais (ACES Lisboa Norte, 2016). Esta unidade funcional constituída por uma equipa multidisciplinar de 5 médicos, 7 enfermeiros e 3 secretárias clínicas, tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados (individuais e familiares) à população³² ali inscrita, bem como garantir a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade desses mesmos cuidados.

Esta USF mudou recentemente de instalações, pelo que atualmente oferece melhores condições de acessibilidade e conforto aos clientes e de trabalho aos seus profissionais. Em termos estruturais a unidade é constituída por 1 sala de espera, 2 salas de tratamento, 2 salas de vacinação, várias salas orientadas para a realização de consultas de enfermagem e médicas. Para os funcionários existe sala de reuniões, sala de refeições e vestiários.

A USF, a funcionar nos dias úteis das 8 às 20 horas, disponibiliza cuidados de enfermagem (consultas, vacinação, realização de pensos, administração de injetáveis, teste do pezinho, entre outras) e consultas médicas. As consultas (na própria unidade ou no domicílio) podem programadas ou em regime de consulta aberta. As primeiras destinam-se à vigilância e promoção de saúde, prevenção de doença e seguimento de doença crónica, enquanto as segundas correspondem ao atendimento de situações de saúde agudas, não servindo para a prescrição de receitas de medicação crónica. As deslocações ao domicílio são realizadas 2 vezes por semana pelo enfermeiro e/ou médico. Os tipos de consultas que a unidade disponibiliza são nas áreas da saúde infantojuvenil, adulto, idoso e materna e direcionadas para o planeamento familiar, diabetes e hipertensão arterial.

A organização dos cuidados de enfermagem segue os princípios do método de enfermeiro de família. Cada enfermeiro é responsável, conjuntamente com médico, por um determinado número de famílias. Este no âmbito das suas competências deve assegurar a prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (MS, 2016).

O processo clínico do cliente é informatizado e baseia-se no *software* S Clínico - CSP. Este é um sistema de informação que permite aos profissionais de saúde

³² Em julho de 2018 a população inscrita era de 10064, sendo que desta cerca de 21 % correspondia a pessoas idosas.

multidisciplinares (enfermeiros e médicos) terem acesso e partilhar os dados clínicos dos clientes. Através deste programa os enfermeiros podem consultar o regime terapêutico do cliente, marcar consultas e tratamentos/atos de enfermagem, elaborar planos de cuidados, realizar registos de enfermagem, entre outras possibilidades (SPMS, 2017).

Serviço de Medicina

A Medicina integra o CHULN, cuja missão, enquanto instituição pública, geral, central e altamente diferenciada, incluiu a prestação de cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade; o ensino e a formação pré e pós-graduada; o investimento na inovação e investigação; e o desenvolvimento científico (CHULN, 2018). O serviço de Medicina é constituído por 18 camas distribuídas por 6 enfermarias (4 enfermarias com 3 camas, 1 quarto individual e a Unidade de Cuidados Especiais de Medicina [UCEM] com 5 camas). As camas da UCEM estão reservadas para clientes que necessitem de cuidados diferenciados ou de maior vigilância.

Os clientes internados neste serviço têm maioritariamente duas origens, as urgências do HSM e as consultas externas, e diagnósticos diversificados. A análise à idade cronológica dos mesmos evidencia que os cuidados aqui prestados são na sua maioria a pessoas idosas.

O número e o horário das visitas são iguais para todos os sectores da Medicina: 1 pessoa entre das 12h30 às 14horas, e 2 entre as 16h e as 20 horas. A exceção, é a UCEM, onde apenas é permitida 1 pessoa por cliente.

A equipa multidisciplinar de saúde é constituída por 3 médicos seniores e vários médicos internos, 17 enfermeiros (incluindo a enfermeira chefe), 13 assistentes operacionais, 1 assistente social, 1 secretária de unidade, 1 nutricionista, psicóloga, fisiatra, fisioterapeutas, entre outros.

O serviço está organizado em 3 turnos: Manhã (8h às 16horas), Tarde (15h30 às 23horas) e Noite (22h30 às 8horas). Estes turnos são constituídos por 6 (incluindo chefe e 2º elemento de equipa), 3 e 2 enfermeiros, respetivamente.

A organização dos cuidados de enfermagem baseia-se no método individual de trabalho. Em cada turno o enfermeiro chefe de turno elabora um plano de trabalho em que atribui clientes, de acordo com a sua complexidade e necessidade de cuidados, pelo número de enfermeiros presentes.

O processo clínico é maioritariamente informatizado, apenas a equipa médica não possui software que permita a realização do seu diário em formato digital. O programa de apoio à prestação de cuidados de enfermagem é o Glintt – HS. Este é um software de gestão clínica que permite aceder os dados dos clientes, consultar o Kardex terapêutico, analisar os exames auxiliares de diagnóstico; gerir as dietas e elaborar o plano de cuidados de enfermagem.

Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde (2017). *Relatório anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf.

ACES Lisboa Norte. (2016). *Manual de acolhimento*. Lisboa: ACES Lisboa Norte.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS] (2017). *S clínico: Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: SPMS. Acedido a 2/6/2018. Disponível em: http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/SCLINICO-V-2.6_RELEASES.pdf.

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (2018). *Missão e valores*. Lisboa: CHULN. Acedido a 4/6/2018. Disponível em: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>

APÊNDICE III

A prevalência da fragilidade na população idosa portuguesa:

Revisão *scoping*



**9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Opção
Pessoa Idosa**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**A prevalência da fragilidade na população
idosa Portuguesa**

Revisão Scoping

Docente: Idalina Gomes

Discente: Bruno Verde

Outubro de 2018

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma tendência mundial, mais marcante a nível dos países desenvolvidos, que surge associado à melhoria das condições de vida e ao desenvolvimento científico em áreas como os da saúde e da tecnologia (Bicudo, 2013).

A nível individual o fenómeno do envelhecimento define-se como um processo, intrínseco a todos os seres vivos, e uma experiência pessoal e heterogénea, influenciada por aspetos de índole biopsicossocial (Sequeira, 2018). Ainda segundo o mesmo autor (2018) o mesmo não é linear, variando entre diferentes pessoas com a mesma idade cronológica, culturas, sociedades e contextos históricos (Sequeira, 2018).

O progressivo aumento da longevidade do Homem é simultaneamente uma grande conquista e um enorme desafio para a sociedade, pois associado ao facto de os indivíduos viverem cada vez mais anos, surge o aumento da prevalência de doenças incapacitantes e prolongadas (Organização Mundial de Saúde, 2005). A fragilidade, como uma condição associada ao envelhecimento, surge assim como uma condição subjacente a uma série de eventos adversos de saúde capazes de interferir negativamente na qualidade de vida das populações.

Nos últimos 30 anos, verificou-se um considerável aumento do número de publicações internacionais sobre o fenómeno da fragilidade. A evidência científica emanada desses artigos demonstra que existem diversos conceitos e modelos de abordagem para a condição de frágil, bem como diferentes instrumentos de diagnóstico da mesma (Duarte, 2015). Não obstante existem pontos consensuais sobre a definição de fragilidade, tais como: ser um estado de vulnerabilidade aumentada associada ao envelhecimento, relacionar-se com pelo menos uma dimensão do funcionamento humano (físico, biológico ou social); ser distinta de invalidez, comorbilidade e idade, poder ser prevenida; minimizada ou tratada; diminuir a resiliência a eventos de stresse; e desencadear alterações desproporcionais na saúde da pessoa (Clegg, Young, Liffé, Rikkert & Rockwood, 2013).

A fragilidade impõe-se como um enorme desafio para o idoso e sua família, na medida em que, devido à sua relação com o envelhecimento, aos seus efeitos

adversos (aumento do risco de quedas, reaparecimento de novas doenças, dependência, institucionalização, hospitalização e mortalidade) e consequências físicas, psicológicas e sociais, pode ser um fator condicionante do número de anos vividos com qualidade. Assim, importa conhecer a prevalência desta condição e o perfil da população idosa frágil, para que posteriormente sejam desenvolvidas intervenções adequadas e dirigidas ao idoso eventualmente ou efetivamente frágil. Segundo Duarte (2015) os estudos sobre a fragilidade em Portugal ainda são escassos, o que considerando o seu impacto negativo na pessoa idosa, evidencia uma necessidade premente de mais investigação nesta área.

Perante este contexto pareceu-nos oportuno realizar uma revisão de literatura que explorasse a dimensão do problema no nosso país. Como tal, definiu-se para esta investigação o seguinte objetivo: conhecer os estudos desenvolvidos sobre a prevalência da fragilidade na população idosa em Portugal residente na comunidade.

I - DESENHO E RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

Método de revisão de literatura

A metodologia de revisão de literatura escolhida para a atingir a finalidade e os objetivos propostos foi a da revisão *Scoping*, segundo o protocolo proposto pelo instituto *Joanna Briggs* (2005). A opção por este método é justificada pelo facto de o mesmo permitir conhecer e explorar a literatura cinzenta e a evidência científica existente sobre determinado assunto e, como tal, orientar novas ou diferentes investigações de acordo com a avaliação crítica realizada. Assim, de uma forma mais objetiva a revisão *scoping* caracteriza-se como uma estratégia capaz de mapear o conhecimento sobre um tema específico, não avaliando a qualidade dos estudos subjacentes ao mesmo; identificar lacunas nas evidências existentes; e orientar outro tipo de revisão de literatura, como, por exemplo, a revisão sistemática da literatura (*Joanna Briggs Institute*, 2015). Para apresentação dos passos seguidos até serem selecionados os artigos alvo de análise foi utilizado o modelo PRISMA.

Questão de investigação

A questão de investigação foi formulada utilizando a mnemónica PCC, que significa População (P), Conceito (C) e Contexto (C). Assim, por forma a facilitar a pesquisa de artigos e ser clarificadora dos objetivos propostos formulou-se a seguinte pergunta de investigação: *que estudos existem em Portugal que permitem determinar a prevalência da fragilidade na pessoa idosa não-institucionalizada?*

Critérios de inclusão

A definição dos critérios de inclusão é uma etapa necessária e importante em qualquer revisão de literatura, pois elucidam e orientam simultaneamente, os leitores e os investigadores sobre as razões para a seleção de cada um dos artigos (Joanna Briggs Institute, 2015). Os critérios de inclusão, descritos na tabela seguinte, foram definidos de acordo com população, conceito, contexto, tipos de estudos, língua e ano de publicação.

POPULAÇÃO:
Artigos que incidam sobre indivíduos com idade ≥ 65 anos
CONCEITO:
Artigos que determinem a prevalência da Fragilidade
CONTEXTO:
Artigos que incidam sobre a população idosa não institucionalizada
TIPOS DE ESTUDO:
Todo o tipo de estudos publicados e não publicados de acesso livre e completos
LÍNGUA:
Artigos em Inglês e Português
DATA DE PUBLICAÇÃO:
Foi considerado o período temporal de 5 anos, entre 1 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2018

Tabela 1 – Critérios de inclusão.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de investigação e de identificação dos artigos desenvolveu-se em 3 etapas. Numa primeira etapa procedeu-se a uma pesquisa não estruturada nas bases de dados eletrónicas, google académico e EBSCO Host, utilizando como termos de busca elderly; fragility e prevalence. Dos artigos resultantes, identificou-se os principais termos utilizados no título, no resumo e no índice do

artigo. A partir dos mesmos procedeu-se a uma nova pesquisa (segunda etapa) nos motores de busca eletrónicos EBSCO host e B-on, utilizando, conforme demonstra a tabela 2, frases booleanas e alguns filtros. As mesmas resultaram das combinações entre descritores da Medical subject Headings (MeSH), termos identificados na pesquisa anterior (primeira etapa), os operadores booleanos, OR, AND e a ferramenta asterisco (*). Numa terceira etapa procedeu-se à análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados na expectativa de identificar outros estudos relevantes.

Os motores de busca utilizados permitiram o acesso a diferentes bases de conhecimento científico: MEDLINE completo, CHINAL completo, Complementary index, SciELO, Directory of open Access Journals, Academic Search Complete e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

Para além dos artigos resultantes da pesquisa nas bases de dados eletrónicas foram identificados 5 estudos, selecionadas como resultado de pesquisas livres, casuais e não estruturadas, que cumpriam os critérios de inclusão definidos.

Estratégia de pesquisa
MOTOR DE BUSCA: EBSCO Host
BASE DE DADOS: MEDLINE completo e CHINAL completo
FRASE BOLEANA: ((AB elder*) OR (AB old*) OR (SU Aged)) AND ((AB Frail*) OR (SU "Frailty syndrome")) AND ((SU Prevalence) OR (SU Epidemiology) OR (SU statistics & numerical data)) AND (TX Portug*)
FILTRO ATIVADO: Limitadores: Texto completo Data de publicação: 1 janeiro de 2013 a 31 de dezembro 2018 Modo de pesquisa: frase booleana.
MOTOR DE BUSCA: B-On
BASE DE DADOS: Complementary index, SciELO, Directory of open Access Journals, Academic Search Complete, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
FRASE BOLEANA: ((SU aged) OR (AB old*) OR (AB elder*)) AND ((SU frail*) OR (SU (frailty AND syndrome))) AND ((SU prevalence) OR (SU epidemiology) OR (SU (survey OR questionnaire))) AND (TX portug*)
FILTRO ATIVADO: Limitadores: Texto completo e disponível na coleção da biblioteca Data de publicação: 1 janeiro de 2013 a 31 de dezembro 2018 Modo de pesquisa: frase booleana.

Tabela 2 – Estratégia de pesquisa nos diferentes motores de busca

Apresentação e discussão de resultados

A pesquisa efetuada, de acordo com a estratégia descrita anteriormente, identificou 71 artigos potencialmente relevantes, a que foram acrescentados 5 outros artigos, obtidos em outras fontes (*Google* académico, revisitas e livros). No entanto, como demonstra a figura 1, após a remoção dos artigos em duplicado (21 artigos) e a análise do título e resumo dos mesmos de acordo com critérios definidos (50 artigos) foram selecionados para revisão 5 artigos.

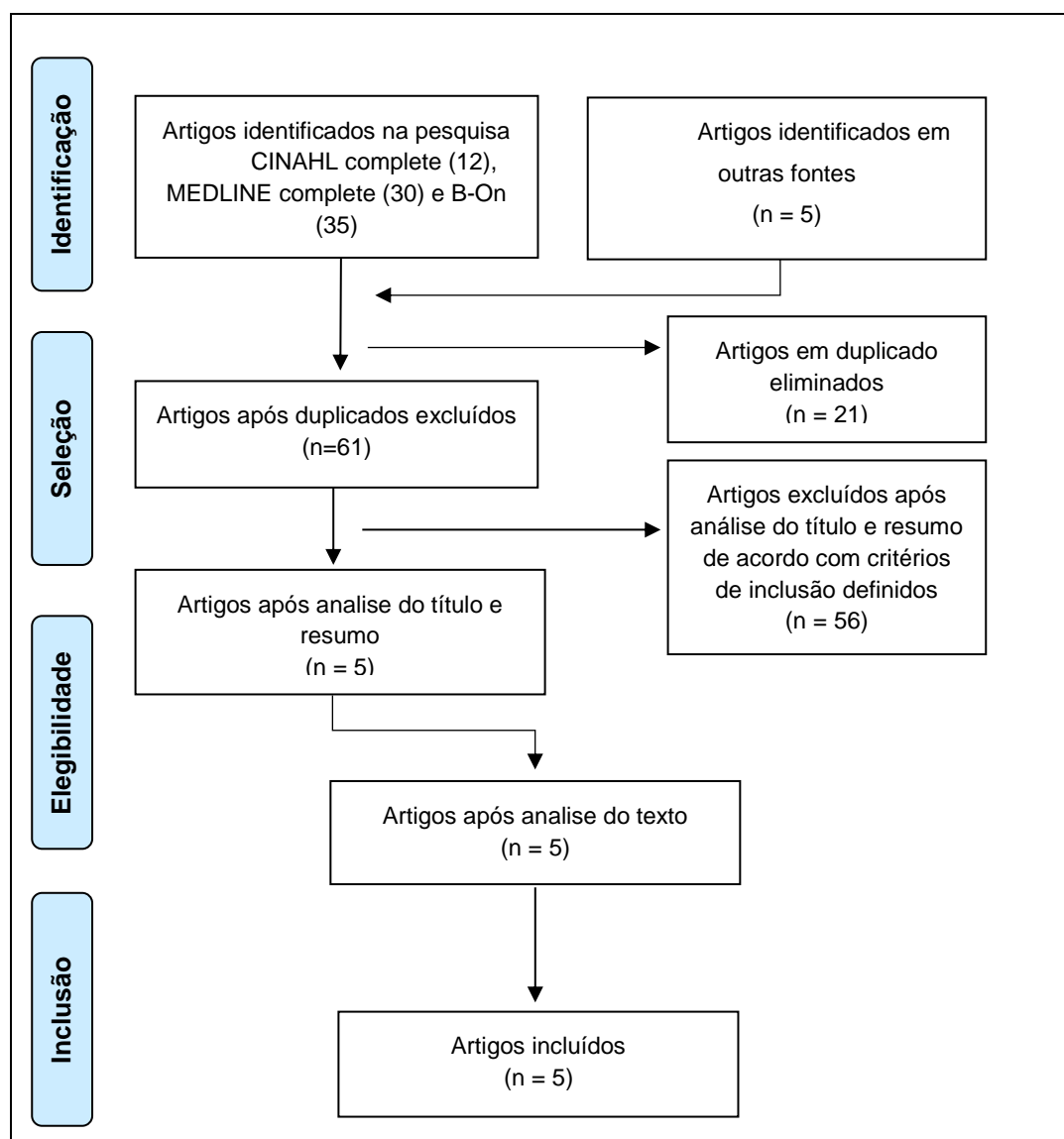


Figura 1 – Fluxograma PRISMA

A tabela 3 seguinte resume os principais resultados de cada um dos artigos alvo da revisão *scoping*.

Artigo 1	
Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J. J., & Fernandes, L. (2015). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. <i>Geriatrics & Gerontology International</i> , 15(8), 951–960.	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo transversal / não-probabilística
Ano do estudo	2013
Objetivos	Apresentar o processo de tradução e validação da versão em português do Indicador de Fragilidade de Tilburg (TFI).
Amostra	242
Área geográfica	Maia, Porto, Vila Nova de Gaia
Contexto	Comunidade
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Indicador da Fragilidade de Tilburg (TFI), GFI (Indicador da Fragilidade de Groningen) e Fenótipo da Fragilidade
Conclusões	<ul style="list-style-type: none">• Idade média da amostra de $79,2 \pm 7,3$ anos, maioritariamente feminina (75,8%) e de baixo nível de escolaridade (63,9%);• O Score médio total do TFI foi 6,0;• As componentes de fragilidade com a maior prevalência foram “sentir-se nervoso ou ansioso” (69,0%), “sentir-se em baixo” (64,3%) e ter pessoas por perto” (59,9%).• O TFI mostrou uma boa a excelente capacidade de discriminação em relação aos critérios de fragilidade, e uma boa capacidade de prever resultados adversos.• As propriedades psicométricas do TFI parecem consistentemente boas. Esses achados fornecem evidências iniciais de que a versão em português do TFI é um instrumento válido e confiável para avaliar a fragilidade em idosos.
Prevalência	<ul style="list-style-type: none">• TFI: Frágeis (54,8%);• GFI (52.4%),• Fenótipo da Fragilidade (36.5%).

Artigo 2	
Duarte, M. & Paúl, C. (2015). Prevalence of phenotypic frailty during the aging process in a Portuguese community. <i>Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia</i> , 18(4), 871-880	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo transversal/ Probabilística
Ano do estudo	2015
Objetivos	Caraterizar socio demograficamente o perfil da pessoa idosa frágil.
Amostra	339 (das quais 145 são pessoas idosas)
Área geográfica	Concelho de Guimarães
Contexto	Comunidade
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Fenótipo da Fragilidade
Conclusões	<ul style="list-style-type: none">• Mais presente nas mulheres (40,9%) e nas idades mais avançadas (60,4%);• Os critérios mais cotados, na condição de fragilidade, são a baixa atividade física (88,9%) e a lentidão (86,4%);• A pessoa idosa frágil em termos sociodemográficos caracterizada por ser: viúvo/ separado/divorciado (46,7%); iletrado (71,1%); viver no seio de uma família com alguma dependência (41,6%); habitar em condições inadequadas (44,9%); manter relações sociais restritas (54,2%) e não ter apoio social (37,6%);• A fragilidade é uma condição prevalente e que o perfil de pessoa frágil esta associado a um conjunto de características que conferem uma maior vulnerabilidade, o que fornece orientações para potenciais áreas de intervenção de forma a minorar e retardar esta síndrome.
Prevalência	<ul style="list-style-type: none">• Não-Frágil e Pré-Frágil (49,4 %), e <u>frágeis (50,6 %)</u>.

Artigo 3	
Bessa, B. (2016). <i>Fragilidade Social: um contributo para a compreensão da Síndrome de fragilidade em pessoas idosas</i> . Tese de Mestrado. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo transversal/ não-probabilística
Ano do estudo	2016
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Analisar a associação entre componentes sociais de fragilidade identificados na literatura e fragilidade avaliada de acordo com o Modelo Integral de Fragilidade;• Estudar a relação entre os componentes sociais de fragilidade e os determinantes de curso de vida
Amostra	193
Área geográfica	Cidade do norte de Portugal
Contexto	Comunidade
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Indicador de Fragilidade de Tilburg
Conclusões	<ul style="list-style-type: none">• Amostra maioritariamente feminina (68.8%);• De acordo com os componentes sociais mais frequentemente usados, 76.3% não recebem suporte social suficiente, 74.1% revelam a falta de relações sociais, 67.5% vivem sozinhos, 64.9% sentem solidão e 55.6% têm uma baixa participação social;• Enquanto a baixa frequência em atividades sociais não se mostrou associada a nenhum dos determinantes do curso de vida, à fragilidade e resultados adversos, os restantes componentes sociais mostraram diferentes associações;• Existe uma relação entre défices sociais com fragilidade e resultados adversos. Corroborando o Modelo Integral de fragilidade, a falta de relações sociais e a falta de suporte social são os fatores mais relevantes.
Prevalência	<u>Frágeis (50 %)</u>

Artigo 4	
Amara, T., F., Afonso, C., Borges, N., Santos, A., Padrão, P., Moreira, P. ... Álvares, L. (2018). Nutritional Strategies facing an older demography: Nutritional Status assessment descriptive results. Porto: Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do porto.	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo transversal/ Probabilística
Ano do estudo	2015 – 2016
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Reduzir as desigualdades nutricionais na população idosa portuguesa, melhorando o conhecimento atual sobre o estado nutricional da população portuguesa com mais de 65 anos e dotando os profissionais de saúde com conhecimentos e ferramentas que lhes permitam uma abordagem mais qualificada aos problemas de saúde específicos dessa população.
Amostra	1457
Área geográfica	Portugal
Contexto	Comunidade
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Fenótipo da Fragilidade
Conclusões	<ul style="list-style-type: none">• A fragilidade foi associada com idade > 75 anos, menor escolaridade, solteiro, divorciado ou viúvo, sendo profissionalmente inativo, má auto-perceção do estado de saúde, beber álcool, ser obeso e desnutrido ou em risco de desnutrição;• Em adultos mais idosos classificados como pré-frágeis ou frágeis, 76,7% apresentaram fraqueza e 48,6% exaustão;• A fragilidade é uma condição muito prevalente em idosos portugueses (um quinto é frágil, enquanto metade é pré-frágil);• A fraqueza muscular é o critério mais prevalente em pré-frágeis e frágeis nos idosos portugueses.
Prevalência	Não-frágil (24,2 %), pré-frágil (54,3%) e frágil (21,5%) .

Artigo 5	
Preto, L. S. R., Conceição, M. D. C. D. D., Amaral, S. I. S., Figueiredo, T. M., & Preto, P. M. B. (2018). Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. <i>Revista de Enfermagem Referência</i> , (16), 73-84.	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo transversal/ não-probabilística
Ano do estudo	2016
Objetivos	Avaliar a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos que residem em comunidades rurais.
Amostra	435
Área geográfica	Concelho de Murça e Alfandega de Fé
Contexto	Comunidade
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Fenótipo da Fragilidade
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Amostra ($74,3 \pm 7,1$ anos) maioritariamente feminina (62,3%); • A condição de fragilidade associou-se à saúde autopercebida, intensidade da dor, uso de meios auxiliares de marcha e problemas sensoriais; • Os idosos frágeis apresentavam maior dependência nas atividades de vida diária, • O score do ICC (Índice de Comorbidade de Charlson), as pontuações obtidas na ELB (Escala Lawton e Brody), a idade e o número de medicamentos consumidos diariamente foram, por esta ordem, as variáveis que mais se correlacionaram com fragilidade.
Prevalência	Não-Frágil (33,3%); Pré-Frágil (46,2%) e Frágil (20,5 %) .

Tabela 3 – Resumidos de dados dos artigos analisados

A análise dos artigos revela que todos resultam de estudo do tipo transversal, com ligeiro predomínio para seleção de amostra de forma não aleatória (3 artigos). A amostra total de pessoas idosas contempladas pelos mesmos foi de 2472.

Quanto ao ano de publicação, verifica-se que dois ocorreram, respetivamente, em 2016 e 2018, e um em 2015, sendo que a data de conclusão dos mesmos aconteceu maioritariamente no ano de 2016 (3 artigos), os restantes foram em 2013 e 2015.

A análise da área geográfica onde foram desenvolvidos demonstra que incidiram maioritariamente sobre idosos da região norte do País (4 estudos), existindo apenas um estudo de âmbito nacional.

Relativamente aos instrumentos de avaliação da fragilidade, verifica-se um predomínio relevante na utilização do fenótipo da fragilidade, seguindo-se, respetivamente, o Indicador da Fragilidade de Tilburg e o Indicador de Fragilidade de Groningen. Um dos artigos no seu estudo recorre aos três instrumentos, avaliando a fragilidade segundo os modelos de abordagem biomédico, dinâmico e integral.

A prevalência da fragilidade nos artigos deverá ser analisada de acordo com o modelo subjacente ao instrumento utilizado, uma vez que para cada um deles são relevantes diferentes dimensões (física, mental e social). A tabela seguinte apresenta exatamente essa diferenciação, ou seja, os valores de fragilidade obtidos nos estudos por modelo teórico.

Modelo teórico		Nº de artigos ³	Prevalência da Fragilidade
Unidimensional¹	Biomédico	4	21 % – 51 %
Multidimensional²	Dinâmico	1	52 %
	Integral	2	50 % – 55 %

¹dimensão física, ²dimensões física, psicológica e mental, ³artigos onde são utilizados os respetivos modelos

Tabela 4 – Prevalência da Fragilidade nos artigos analisados por modelo teórico

Os estudos fornecem dados sobre a caracterização sociodemográfica da pessoa idosa frágil, evidenciam que a sua maioria é do género feminino (4 artigos), reside sozinha, habita em condições desfavoráveis, não tem apoio social, apresenta reduzida interação social, tem algum tipo de dependência, é iletrado. Acrescentam ainda fatores influenciadores a perceção de saúde, a intensidade da dor, o uso de meios

auxiliares de marcha, os problemas sensoriais, os hábitos alimentares e de consumo de álcool, tabaco e cafeína.

II - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta revisão *scoping* permitiu evidenciar que nós últimos cinco anos os estudos, no nosso país, sobre a prevalência da fragilidade da pessoa idosa são escassos; utilizam diferentes instrumentos de avaliação de fragilidade, predominado os baseados no modelo unidimensional biomédico, não são, na sua maioria, de âmbito nacional. Neste sentido os valores obtidos nos estudos, que revelam uma prevalência da fragilidade situada entre os 21 e os 55 %, não são dados representativos da frequência da condição de frágil a nível da população idosa portuguesa, servido apenas como valores de referência com objetivo de alertar sobre um problema potencial.

Considerando o impacto negativo que a condição de frágil tem na qualidade vida e financeira da pessoa idosa, e consequentemente, nos gastos do serviço Nacional de Saúde, é imperial que exista um maior investimento a nível académico, profissional e do estado para o desenvolvimento de estudos, programas e ações direcionadas para condição de frágil. Para tal, o caminho deverá ser no sentido de realizar um retrato real da prevalência da fragilidade no país, caracterizar a população efetivamente frágil e desenvolver medidas preventivas (nível primordial, primário, secundário, terciário e quaternário) adequadas e eficazes.

O contributo desta revisão *scoping* foi exatamente consciencializar da falta de investimento, em Portugal, no estudo do fenómeno da fragilidade, salientar o seu impacto negativo na sociedade e abrir caminho para o desenvolvimento de estudos nesta área fundamental para a saúde e qualidade de vida e da pessoa idosa.

III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bessa, B. (2016). *Fragilidade Social: um contributo para a compreensão da Síndrome de fragilidade em pessoas idosas*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Bicudo, M. (2013). Do Envelhecimento saudável à longevidade com qualidade contributos dos enfermeiros (pp. 39 – 74). In: Pereira Lopes, M. A. (org.) (2013). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa*. Loures: Lusociência.

Clegg, A, Young, J., Liffie, S., Rikkert, MO. & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762.

Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J. J., & Fernandes, L. (2015). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(8), 951–960.

Duarte, M. (2015). *Fragilidade em Idosos – Modelos, medidas e implicações práticas*. Lisboa: Coisas de Ler.

Duarte, M. & Paúl, C. (2015). Prevalence of phenotypic frailty during the aging process in a Portuguese community. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 871-880

Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Preto, L. S. R., Conceição, M. D. C. D. D., Amaral, S. I. S., Figueiredo, T. M., & Preto, P. M. B. (2018). Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 73-84.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL

Sousa-Santos, A. R., Afonso, C., Moreira, P., Padrão, P., Santos, A., Borges, N., et al. (2018). Weakness: the most frequent criterion among pre-frail and frail older Portuguese. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 74, 162–168.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute.

APÊNDICE IV

As intervenções de prevenção da fragilidade na pessoa idosa:

Revisão *scoping*



**9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Opção
Pessoa Idosa**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**As intervenções de prevenção da fragilidade
na pessoa idosa**

Revisão *Scoping* 2

Docente: Idalina Gomes

Discente: Bruno Verde

Janeiro de 2018

INTRODUÇÃO

A longevidade do Homem constituísse como um enorme desafio para as sociedades desenvolvidas atuais, na medida em que, a correlacionado a esse fenómeno, se tem verificado um aumento da prevalência de situações de saúde complexas e incapacitantes que interferem, conseqüentemente, com a dignidade e qualidade de vida da pessoa idosa (OMS, 2005). Tal realidade impõe a todos os profissionais da saúde, mais especificamente aos enfermeiros, o desenvolvimento de estudos direcionados para a compreensão dos principais problemas de saúde associados ao processo de envelhecimento.

O estudo da fragilidade surge nessa senda, pois trata-se de uma condição de saúde diretamente relacionada com o aumento da idade e que desencadeia consequências adversas e, por vezes, fatais, na pessoa idosa que a experiência, nomeadamente, o risco aumentado de quedas, a institucionalização, a hospitalização, a dependência, o reaparecimento de novas doenças e a morte (Coelho, 2015; Gruner, Antunes, Magalhães & Castro, 2014, Duarte, 2015). De acordo com Duarte (2015), nos últimos 30 anos, a mesma tem sido alvo de diversos e progressivos estudos e tem evoluído nos modelos de abordagem, o que explica a inexistência de um conceito consensual para a mesma. Não obstante, existe pontos comuns às diversas definições subjacentes aos três modelos mais conhecidos de fragilidade (biomédico, dinâmico e integral): ser um estado de maior vulnerabilidade; estar associada uma perda de funcionalidade do domínio físico; ser distinta de comorbilidade, invalidez e idade cronológica; poder ser prevenida, diminuir a resiliência a fatores de stresse; e desencadear alterações desproporcionais na saúde da pessoa (Clegg, Young, Liffé, Rikkert & Rockwood, 2013).

O impacto negativo da fragilidade no indivíduo e sociedade torna imperativo o desenvolvimento de estudos de investigação que evidenciem que tipo de intervenções de saúde podem ser mobilizadas para a prevenção da fragilidade da pessoa idosa. Considerando, segundo Duarte (2015), os poucos estudos desenvolvidos em Portugal sobre esta temática, tornou-se pertinente e necessário o desenvolvimento de uma revisão *scoping* que cumprisse o objetivo de identificar, nas publicações científicas entre os anos de 2013 a 2018, as intervenções direcionadas para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa. Neste sentido, elaborou-se como questão de investigação a seguinte pergunta:

Que tipo de intervenções de saúde são utilizadas na prevenção da fragilidade da pessoa idosa nos diferentes contextos de cuidados?

I - DESENHO E RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

Método de revisão de literatura

A metodologia de revisão de literatura selecionado para este estudo de investigação foi o da revisão *Scoping*, segundo o protocolo proposto pelo instituto *Joanna Briggs* (2005). Este tipo de método caracteriza-se por ser capaz de mapear o conhecimento sobre um tema específico, não avaliando a qualidade dos estudos subjacentes ao mesmo; identificar lacunas nas evidências existentes; e orientar outro tipo de revisão de literatura, como, por exemplo, a revisão sistemática da literatura (*Joanna Briggs Institute*, 2015). A esquematização da revisão será apresentada de acordo com o modelo PRISMA.

Questão de investigação

A questão de investigação foi formulada utilizando a mnemónica PCC, que significa População (P), Conceito (C) e Contexto (C). Assim, por forma a facilitar a pesquisa de artigos e ser clarificadora dos objetivos propostos formulou-se a seguinte pergunta de investigação: **Que tipo de intervenções de saúde são utilizadas na prevenção da fragilidade da pessoa idosa nos diferentes contextos de cuidados?**

CrITÉRIOS de inclusão

A identificação de critérios é uma atividade que esclarece os leitores e orienta os investigadores na escolha dos artigos científicos (*Joanna Briggs Institute*, 2015). A tabela 1 apresenta os critérios de inclusão do estudo, organizados de acordo com a população, conceito, contexto, tipos de estudos, língua e ano de publicação.

POPULAÇÃO:
Artigos que incidam sobre indivíduos com idade ≥ 65 anos
CONCEITO:
Artigos que identifiquem intervenções de saúde de prevenção da fragilidade
CONTEXTO:
Artigos que incidam sobre população em diferentes contextos de cuidados (não – institucionalizada e institucionalizada)

TIPOS DE ESTUDO:
Estudos de investigação publicados e não publicados de acesso livre e completos desde que os indivíduos selecionados para os mesmos não o tenham sido de acordo com doenças específicas ou terminais e a tenha sido utilizado um instrumento específico para diagnosticar a fragilidade
LÍNGUA:
Artigos em Inglês e Português
DATA DE PUBLICAÇÃO:
Período temporal de 5 anos, entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2018

Tabela 1 – Critérios de inclusão.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa e de identificação dos artigos desenvolveu-se em 3 etapas. Numa primeira etapa procedeu-se a uma pesquisa não estruturada nas bases de dados eletrónicas, google académico e EBSCO *host*, utilizando como termos de busca *elderly; fragility e interventions*. Dos artigos resultantes, identificou-se os principais termos utilizados no título, no resumo e no índice do artigo. A partir dos mesmos procedeu-se a uma nova pesquisa (segunda etapa) nos motores de busca eletrónicos EBSCO *host*, utilizando, conforme demonstra a tabela 2, frases booleanas e alguns filtros. As mesmas resultaram das combinações entre descritores da *Medical subject Headings* (MeSH), termos identificados na pesquisa anterior (primeira etapa), os operadores booleanos, OR, AND e a ferramenta asterisco (*). Numa terceira etapa procedeu-se à análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados na expectativa de identificar outros estudos relevantes.

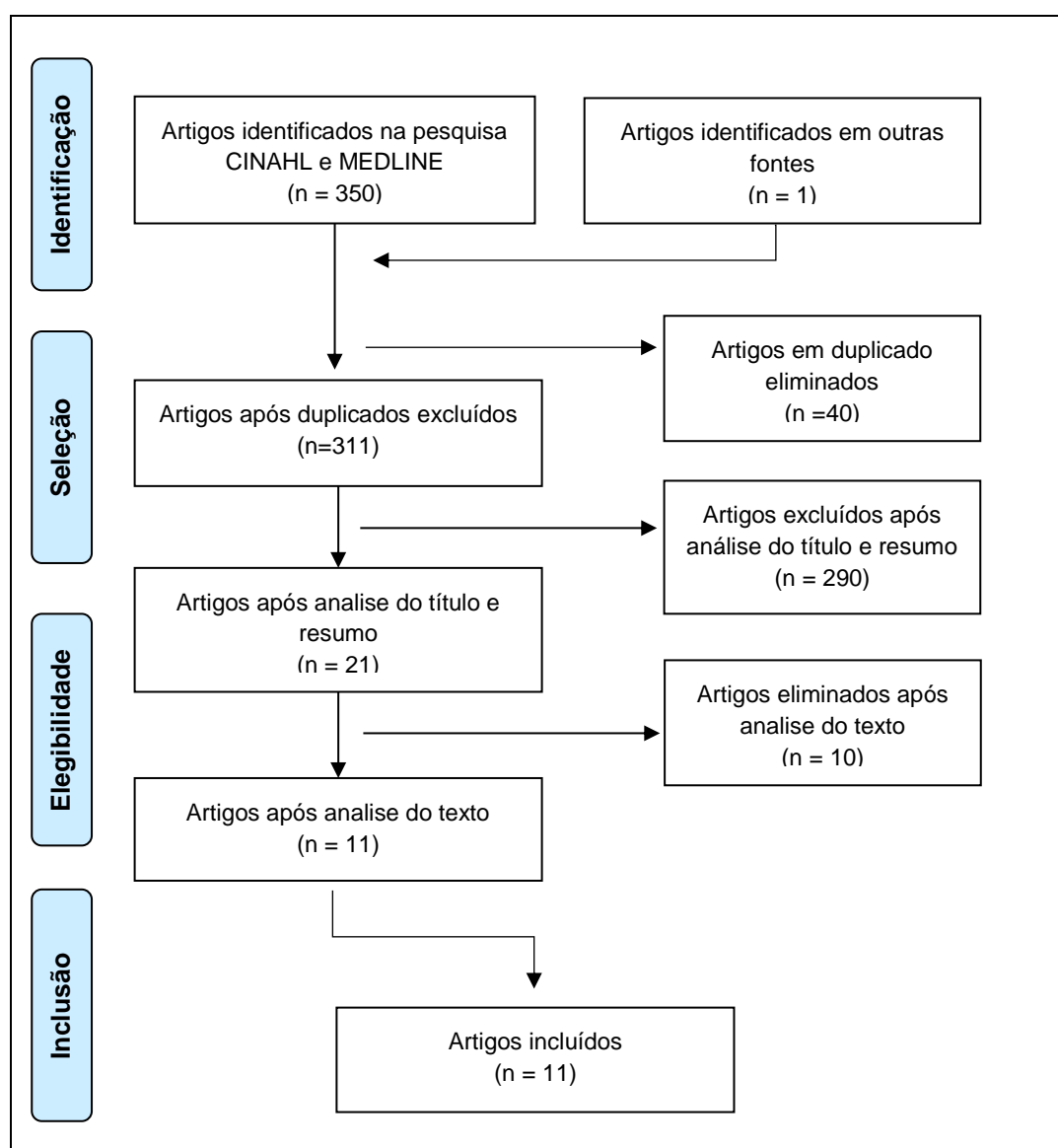
O motor de busca utilizado permitiu o acesso às bases de dados MEDLINE completo e a CHINAL completo.

Durante a pesquisa não estruturada foi identificado um estudo potencialmente relevante que cumpria os critérios de inclusão, pelo que foi integrado na revisão.

Estratégia de pesquisa (1 de janeiro de 2019)
MOTOR DE BUSCA: EBSCO Host
BASE DE DADOS: MEDLINE completo e CHINAL completo
FRASE BOLEANA: ((AB elder*) OR (AB old*) OR (SU Aged))) AND (((AB Frail*) OR (SU "Frailty syndrome")) AND ((SU Intervention*) OR (SU treat*)))

FILTRO ATIVADO:**Limitadores:** Texto completo e resumo disponível**Data de publicação:** 1 janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2018**Modo de pesquisa:** frase booleana.**Tabela 2 – Estratégia de pesquisa****Apresentação e discussão de resultados**

Como revela o fluxograma seguinte (figura 1), a pesquisa identificou 351 artigos potencialmente relevantes. No entanto, após a eliminação dos artigos em duplicado (40 artigos) e sem critérios, identificados pela análise do título, resumo e texto (300 artigos), restaram 11 artigos para revisão *scoping*.

**Figura 1 – Fluxograma PRISMA**

Seguidamente, na tabela 3, são apresentados os principais dados obtidos a partir de cada um dos artigos alvo da revisão *scoping*.

Artigo 1

Chan, C. W. C., Chau, P. H., Leung, A. Y. M., Lo, K. C., Shi, H., Yum, T. P., ... Li, L. (2017). Acupressure for frail older people in community dwellings-a randomised controlled trial. *Age And Ageing*, 46(6), 957–964

Tipo de estudo/ amostragem	Estudo randomizado controlado
Objetivos	Investigar os efeitos do tratamento por acupressão, realizado durante 12 semanas, na qualidade de vida da pessoa idosa idosos a residir na comunidade.
Amostra	79
País	Hong Kong
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Indicador de Fragilidade de Tilburg
Intervenção de prevenção da fragilidade	Acupressão
Conclusões	<ul style="list-style-type: none">• A acupressão é um tratamento não farmacológica e não invasivo da Medicina Tradicional Chinesa que pode melhorar a qualidade de vida em idosos mais frágeis;• A acupressão pode melhorar a condição física dos idosos mais frágeis, a qualidade do sono e reduzir a dor física;• A técnica de acupressão utilizada neste estudo pode ser uma intervenção a ser realizada pelos cuidadores.

Artigo 2

Serra-prat, M., Sist, X., Domenich, R., Jurado, L., Saiz, A., Roces, A., ... Papiol, M. (2017). Effectiveness of an intervention to prevent frailty in pre-frail community-dwelling older people consulting in primary care: a randomised controlled trial. *Age & Ageing*, 46(3), 401–407.

Tipo de estudo/ amostragem	Estudo randomizado controlado
Objetivos	Avaliar o efeito de uma intervenção na prevenção da progressão da fragilidade em idosos pré-frágeis.
Amostra	133

País	Espanha
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Fenótipo da fragilidade
Intervenção de prevenção da fragilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Nutricional; • Programa de atividade física que incluía exercícios aeróbicos e um conjunto de exercícios combinados de fortalecimento, equilíbrio e coordenação.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Os indivíduos mais velhos aceitam menos os Programas de atividade física; • Residir sozinho e ter problemas sociais, depressão e deficiência física constituem-se como fatores promotores de uma baixa adesão à atividade física; • Uma intervenção focada no exercício físico e na manutenção de um bom estado nutricional pode ser eficaz na prevenção fragilidade em idosos pré-frágeis da comunidade.
Artigo 3	
Schreier, M. M., Bauer, U., Osterbrink, J., Niebauer, J., Iglseder, B., & Reiss, J. (2016). Fitness training for the old and frail. Effectiveness and impact on daily life coping and self-care abilities. <i>Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie</i> , 49(2), 107–114.	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo quase-experimental e descritivo
Objetivos	Analisar a eficácia do treino muscular progressivo, utilizando equipamento adequado à idade, no sentido de melhorar a força, a coordenação e a resistência.
Amostra	38
País	Áustria
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Escala de fragilidade clínica
Intervenção de prevenção da fragilidade	<ul style="list-style-type: none"> • O programa de exercício físicos desenvolvido durante 2 meses, incluiu 8 ciclos de treino (força muscular, treino de equilíbrio e resistência) 3 vezes por semana.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • O exercício muscular progressivo tem um efeito benéfico sobre a funcionalidade e mobilidade nos indivíduos do Hospital dia de Geriatria;

	<ul style="list-style-type: none">• Na pessoa idosa a diminuição da força muscular, a alteração do equilíbrio e resistência, bem como o risco de desnutrição e de quedas pode ser combatida com um o programa de treino;• A investigação permite inferir que a necessidade de cuidados poderá reduzir, apesar do estudo não demonstrar uma diferença nos dados. No entanto, tal inferência advém do fato de nas entrevistas semiestruturadas realizadas, os participantes conectarem o treino a melhoria na performance física e na autoconfiança;• Tem impacto na capacidade de lidar com os problemas da vida e no autocuidado;• Os resultados das entrevistas sugerem que os idosos frágeis podem ser motivados para atividades desportivas;• Recomendação médicas, suporte de treino por profissionais, oportunidades de treino adaptado a cada situação e idade, boa acessibilidade e preços razoáveis são aspetos importantes e motivadores para a praticas de exercício físico, bem como o reconhecimento dos seus efeitos a nível físico e o feedback positivo do profissional responsável pelo treino.
Artigo 4	
Kapan, A., Winzer, E., Haider, S., Titze, S., Schindler, K., Lackinger, C., & Dorner, T. E. (2017). Impact of a lay-led home-based intervention programme on quality of life in community-dwelling pre-frail and frail older adults: a randomized controlled trial. <i>BMC Geriatrics</i> , 17(1), 154.	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo randomizado controlado
Objetivos	Comparar os efeitos de um programa de exercício físico e apoio nutricional, realizado por voluntários treinados, em pessoas que recebem apoio social.
Amostra	80
País	Áustria
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Frailty Instrument of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe ^o (SHARE-FI) (abordagem baseada no modelo biomedico).
Intervenção de prevenção da fragilidade	Programa de intervenção física (direcionada para os principais grupos musculares e nutricional (plano nutricional focado na hidratação, ingestão de proteína animal e vegetal e consumo de energia)

Conclusões	<ul style="list-style-type: none">• Os resultados indicaram que os indivíduos frágeis tinham maior probabilidade de melhorar a força de preensão manual comparativamente aos indivíduos pré-frágeis;• A força de preensão manual no grupo de intervenção aumentou, por um valor clinicamente relevante, e esse efeito é comparável ao obtido pelos profissionais de saúde;• Visitas domiciliares com programa de intervenção física e nutricional oferecido por voluntários poderá oferecer uma nova perspectiva no cuidado de idosos da comunidade;• Neste estudo o apoio social também desempenha um papel importante. Devido a este fato, não se encontrou uma diferença significativa entre as visitas domiciliares com um programa de intervenção física e nutricional e visitas domiciliares apenas com apoio social;• Outros resultados indicam também que indivíduos com estado avançado de fragilidade devem ser encorajados a fazer exercícios de força em combinação com uma intervenção nutricional.
Artigo 5	
Di Pollina L, Guessous I, Petoud V, Combescure C, Buchs B, Schaller P, ... Gaspoz JM. (2017). Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. <i>BMC Geriatrics</i> , 17(1), 53.	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo randomizado controlado prospectivo
Objetivos	Determinar se a prestação de cuidados integrados em casa reduz os internamentos nos hospitais, as idas desnecessárias ao serviço de urgência, a institucionalização e a mortalidade na comunidade em idosos dependentes e frágeis.
Amostra	301 (neste estudo o idoso é considerado tendo idade igual ou superior a 60 anos)
País	Suíça
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Contact Assessment tool (Modelo de abordagem multidimensional)
Intervenção de prevenção da fragilidade	Cuidados integrados em casa (incluíam avaliação multidimensional por uma equipa geriátrica multidisciplinar)
Conclusões	<ul style="list-style-type: none">• Os cuidados integrados, que incluíam uma visita domiciliar de uma equipa geriátrica multidisciplinar, reduziu significativamente os internamentos hospitalares, as deslocações ao Serviço de Urgência e permitiu que mais doentes pudessem falecer em casa morressem em casa;• Trata-se de uma ferramenta eficaz para melhorar a coordenação e o acesso a cuidados a idosos frágeis e dependentes.

Artigo 6	
Puts, M., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., Ayala, A. P., Roy, A., Rodríguez Monforte, M., Bergman, H., ... McGillton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a <i>scoping</i> review of the literature and international policies. <i>Age and ageing</i> , 46(3), 383-392.	
Tipo de estudo/ amostragem	Revisão <i>scoping</i>
Objetivos	Identificar intervenções ou políticas que previnam ou reduzam o nível de fragilidade.
Amostra	14 artigos (260 participantes)
País	Canada
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Fenótipo da fragilidade (10 artigos), Critério de Tinetti/Gill (2 artigos) e Checklist Japonesa da Fragilidade (2 artigos).
Intervenção de prevenção da fragilidade	<ul style="list-style-type: none">• Atividade física;• Atividade física combinada com nutrição;• Atividade física mais nutrição mais treino de memória;• Modificações em casa;• Reabilitação (fisioterapia mais exercício mais modificações domiciliares);• Avaliação multidimensional geriátrica.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none">• 9 dos 14 estudos analisados demonstraram uma significativa redução do nível de fragilidade em idosos da comunidade alvo de intervenções dirigidas;• Os resultados precisam ser interpretados com atenção, pois os 14 estudos utilizam 6 diferentes definições de fragilidade; Pesquisas futuras poderiam combinar intervenções de forma a englobar outros indicadores de fragilidade, incluindo o bem-estar cognitivo ou psicossocial.
Artigo 7	
Cadore, E. L., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Idoate, F., Millor, N., Gómez, M., ... Izquierdo, M. (2014). Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. <i>Age (Dordrecht, Netherlands)</i> , 36(2), 773–785.	
Tipo de estudo	Estudo randomizado controlado

Objetivos	Investigar os efeitos de exercício físico direcionado para a resistência, equilíbrio e de marcha, a nível da força e redução da atrofia muscular; do risco de quedas e do desempenho funcional.
Amostra	24 (idosos com 85 ou mais anos)
País	Espanha
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Fenótipo fragilidade
Intervenção de prevenção da fragilidade	Programa de treino físico composto por exercícios de equilíbrio, resistência e treino de marcha.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none">• O programa de treino físico instituído (força, equilíbrio e marcha) revelou melhorias no desempenho de força e potência, hipertrofia muscular, na diminuição de infiltração de gordura intramuscular e desempenho funcional (por exemplo: subir de uma cadeira, equilíbrio e desempenho de duas tarefas simultâneas), bem como a redução da incidência de quedas nos octogenários institucionalizados;• O exercício físico demonstra ter resultados positivos na população nonagenários frágeis, a nível da prevenção da dependência física.
Artigo 8	
Looman, W. M., Fabbriotti, I. N., de Kuyper, R., & Huijsman, R. (2016). The effects of a pro-active integrated care intervention for frail community-dwelling older people: a quasi-experimental study with the GP-practice as single-entry point. <i>BMC Geriatrics</i> , 16, 43	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo quase-experimental
Objetivos	Explorar a eficácia de um modelo de cuidados integrado proactivo dirigido a pessoa idosa frágil da comunidade comparativamente com os cuidados habituais, utilizando como parâmetro de avaliação: saúde, habilidades funcionais e qualidade de vida.
Amostra	377 idosos com 75 ou mais anos
País	Holanda
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Indicador de fragilidade de Groningen

Intervenção de prevenção da fragilidade	Cuidados de saúde integrados (incluía uma avaliação Multidimensional da pessoa idosa utilizando o EASYcare)
Conclusões	Os resultados indicaram que o cuidado pró-ativo e integrado em contexto comunitário pode ser benéfico para os idosos frágeis em termos de qualidade de vida, amor e amizade, mas não em termos de resultados de saúde e melhoria de capacidades funcionais.
Artigo 9	
Clegg, A., Barber, S., Young, J., Iliffe, S., & Forster, A. (2014). The Home-based Older People's Exercise (HOPE) trial: a pilot randomised controlled trial of a home-based exercise intervention for older people with frailty. <i>Age And Ageing</i> , 43(5), 687–695.	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo randomizado controlado
Objetivos	Determinar os benefícios de um programa de exercício físicos a idosos frágeis no domicílio.
Amostra	84
País	Reino Unido
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Escala de fragilidade de Edmonton
Intervenção de prevenção da fragilidade	Programa de atividade física de melhoria da mobilidade e funcionalidade
Conclusões	O estudo do programa de exercício a idoso em casa forneceu evidências preliminares de que a deterioração da mobilidade experimentada por idosos com fragilidade pode ser reduzida através de uma intervenção de 12 semanas de exercícios físicos.
Artigo 10	
van der Zwaluw, N. L., van de Rest, O., Tieland, M., Adam, J. J., Hiddink, G. J., van Loon, L. J. C., & de Groot, L. C. P. G. M. (2014). The impact of protein supplementation on cognitive performance in frail elderly. <i>European Journal Of Nutrition</i> , 53(3), 803–812	
Tipo de estudo/ amostragem	Estudo randomizado

Objetivos	Estudar o impacto de 24 semanas de suplementos proteicos diatéticos no desempenho cognitivo de idosos pré-frágeis e frágeis.
Amostra	65
País	Holanda
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Fenótipo fragilidade
Intervenção de prevenção da fragilidade	Nutrição: Suplemento proteico
Conclusões	Suplemento proteico pode melhorar o tempo de reação em idosos pré-frágeis e frágeis, no entanto, não mostrou ter efeitos sobre funções cognitivas.
Artigo 11	
Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, et al. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. <i>JBIM Database Of Systematic Reviews And Implementation Reports</i> ,16(1): 140 – 232.	
Tipo de estudo/ amostragem	Revisão sistemática
Objetivos	Recolher a melhor evidência sobre a eficácia das intervenções na prevenção da progressão da fragilidade em pessoas idosas.
Amostra	21 artigos (total de 5275 pessoas idosas)
País	Portugal
Instrumento(s) de triagem da Fragilidade	Vários modelos de fragilidade
Intervenção de prevenção da fragilidade	<ul style="list-style-type: none">• Programas de exercício físico individuais e em grupo;• Programas de exercício físico no domicílio;• Suplemento nutricional;

	<ul style="list-style-type: none"> • Treino cognitivo; • Intervenções combinadas de suplemento nutricional, treino físico e cognitivo; • Visitas domiciliares; • Sessões de educação individuais e de grupo com o sem visita domiciliar; • Terapia de resolução de problemas; • Terapia hormonal; • Gestão individual de caso clínico.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de exercício físico em grupo: é recomendado aos profissionais de saúde a realização de programas de exercício físico em grupo no sentido de prevenir a progressão da fragilidade na pessoa idosa a residir na comunidade ou institucionalizada. • Programa de exercício físico no domicílio: é recomendado aos profissionais de saúde a realização de programas de exercício físico no domicílio baseados nas atividades de vida diárias no sentido de prevenir a progressão da fragilidade na pessoa idosa a residir na comunidade. A evidência refere melhora a nível da força de preensão, a velocidade da marcha e no sentimento de medo de cair; • Programas de exercício físico individuais: os estudos não revelam evidência que apoio a eficácia dos programas de exercícios físico individuais dirigidos a idosos da comunidade. • Suplemento nutricional: recomenda-se que os profissionais de saúde providenciem suplemento nutricional no sentido da prevenção da progressão na fragilidade em pessoas idosas a residir na comunidade. Trata-se de uma intervenção eficaz na melhoria da atividade física, na redução do cansaço a longo prazo e no ganho de energia. No entanto, não evidência ter efeito sobre o peso corporal; • Sessões de educação: com base nas evidências atuais, os profissionais de saúde devem realizar sessões de educação para a saúde individuais e de grupo para evitar a progressão da fragilidade na comunidade. • Visitas domiciliares: os profissionais de saúde devem realizar visitas domiciliares no sentido de prevenir a fragilidade. • Intervenção combinada: os estudos evidenciam que os profissionais de saúde devem realizar intervenções combinadas de suplemento nutricional, treino físico e cognitivo, no sentido de prevenir a fragilidade em idosos da comunidade; • Treino cognitivo: existem evidências que o treino cognitivo tem efeitos positivos na prevenção da fragilidade em idosos da comunidade. • Terapia de resolução de problemas: De acordo com a evidência encontrada (que estudou a fragilidade segundo o modelo biomédico) esta intervenção não tem impacto na melhora da fragilidade (), nomeadamente a nível da marcha velocidade, força de preensão, peso, exaustão ou nível da atividade física. • Terapia hormonal: os estudos revelam que a terapia hormonal não tem qualquer efeito, não sendo por isso recomendada, na prevenção da fragilidade em idosos na comunidade; • Gestão individual do caso clínico: existe evidência que esta intervenção promove a melhoria do desempenho físico em idoso frágeis, a redução da sua dependência nas AVD's. No entanto, não tem impacto nas AIVD's.

Tabela 3 – Resumos de dados dos artigos analisados

A análise dos 11 artigos revistos revela que quase metade dos mesmos (5 artigos) foram publicados em 2017.

Quanto ao tipo de estudo foi evidente o predomínio dos randomizados controlados (7 artigos), seguindo-se os quase-experimentais (2 artigos), a revisão sistemática (1 artigo) e *scoping* (1 artigos). Os mesmos, na sua totalidade, contemplaram 6716 de pessoas idosas.

O continente com mais artigos publicados foi o Europeu (9 artigos). A Ásia e a América do Norte contam apenas com uma publicação cada. Da Europa, a Espanha e a Holanda, foram os países com mais artigos desenvolvidos (2 artigos cada).

Os instrumentos utilizados para diagnosticar a fragilidade foram diversos, no entanto, verificou-se um predomínio daqueles que são baseados em modelos unidimensionais (biomédico) relativamente aos multidimensionais (dinâmico e integral).

As intervenções de prevenção da fragilidade na pessoa idosa mencionadas pelos artigos foram diversificadas, no entanto, foi evidente a maior frequência na referência a duas delas: a nutricional e o exercício físico na comunidade, A tabela 4, seguinte, resume todas as intervenções enumeradas nos 11 artigos analisados.

Intervenções na prevenção da Fragilidade na pessoa idosa
Exercício físico (individual, grupo, domicílio)
Plano nutricional
Terapia hormonal
Treino de memória e cognitivo
Intervenção combinada (treino físico, cognitivo e nutricional)
Sessões de educação (individuais, grupo, domicílio)
Acupressão
Terapia de resolução de problemas
Visita domiciliar por profissionais
Adaptação da casa
Avaliação multidimensional da pessoa idosa
Cuidados de saúde integrados
Gestão individual de caso clínico

Tabela 4 – Intervenções referidas pelos artigos da revisão *scoping*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da presente revisão *scoping* permitiu identificar diversas intervenções direcionadas para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa nas publicações científicas dos últimos 5 anos; a existência de um predomínio de medidas interventivas centradas no plano físico e nutricional; e a escassez de estudos em Portugal sobre a temática das intervenções na fragilidade. Importa, contudo, salientar que o estudo não analisa, pois não era seu objetivo, a eficácia das mesmas.

A referência, nos artigos analisados, a diversas intervenções direcionadas para o domínio físico e funcional, denota ainda uma conceção da fragilidade como um problema de âmbito meramente físico. Salienta-se, contudo, que a fragilidade tem vindo a ser perspectivada, cada vez mais, como um fenómeno influenciado por alterações a nível de outras funcionalidades humanas: a psicológica e a social. Neste sentido, as intervenções deverão refletir exatamente esse conceito multidimensional de fragilidade.

As consequências negativas da fragilidade na pessoa idosa e o seu impacto financeiro no país exige um esforço no desenvolvimento de investigação nesta área, nomeadamente, a nível das intervenções direcionadas para a sua prevenção. Contudo, como ficou evidente nesta revisão, em Portugal, nos últimos 5 anos, pouco ou quase nada foi estudado, o que revela, necessariamente, a falta de interesse ou consciencialização relativamente a este problema, que Coelho (2015), considera de Saúde Pública.

Através desta revisão *scoping* pretendeu-se contribuir, simultaneamente, para alertar sobre a necessidade de investimento científico nesta área, e estimular o desenvolvimento, a nível académico ou profissional, de medidas interventivas orientadas para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bessa, B. (2016). *Fragilidade Social: um contributo para a compreensão da Síndrome de fragilidade em pessoas idosas*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Clegg, A, Young, J., Liffé, S., Rikkert, MO. & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762.

Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J. J., & Fernandes, L. (2015). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(8), 951–960.

Duarte, M. & Paúl, C. (2015). Prevalence of phenotypic frailty during the aging process in a Portuguese community. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 871-880

Gruner, H., Antunes, M., Magalhães, F. G., Castro, S. G. (2014). O idoso frágil. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatria fundamental – saber e praticar* (pp. 359 – 378). Lisboa: LIDEL.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Preto, L. S. R., Conceição, M. D. C. D. D., Amaral, S. I. S., Figueiredo, T. M., & Preto, P. M. B. (2018). Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 73-84.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL

Sousa-Santos, A. R., Afonso, C., Moreira, P., Padrão, P., Santos, A., Borges, N., et al. (2018). Weakness: the most frequent criterion among pre-frail and frail older Portuguese. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 74, 162–168.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute.

APÊNDICE V

Entrevistas realizadas à assistente social e psicologia e respectivos guiões

Entrevistas semiestruturadas e respetivos guiões

Assistente social

Guião:

Pontos orientadores da entrevista realizada à assistente social pertencente à equipa multidisciplinar responsável pela USF:

- Experiência profissional;
- Organização do serviço social responsável pela USF,
- Protocolo de acesso ao serviço social por parte dos profissionais e dos clientes;
- Sensibilização relativamente à problemática da fragilidade na pessoa idosa;
- Perceção sobre o perfil dos clientes que recorrem ao serviço social;
- Principais recursos sociais existentes na comunidade.

Entrevista:

A entrevista ocorreu no gabinete da assistente social, teve a duração de cerca de uma hora e foi precedida por uma breve explicação sobre o processo (entrevista semiestruturada de acordo com um guião) e conteúdo da mesma

Após a introdução da mesma a entrevista iniciou-se com duas questões direcionadas para a sua experiência profissional e a constituição da equipa social da unidade. A assistente social revelou que a sua ligação à unidade de saúde dura há cerca de 14 anos e que anteriormente trabalhava numa outra instituição, na área da psiquiatria. Referiu que a equipa de assistentes sociais é constituída por três elementos, que se encontram fisicamente na UCSP, e que dão apoio às duas áreas geográficas abrangidas pela respetiva unidade de saúde. Está última, é a sua zona e conta apenas com um assistente social. Acrescentou ainda que acumula funções na Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Relativamente a esta função refere alguns constrangimentos na sua dinâmica, em questões relacionadas com a articulação entre os restantes elementos constituintes da mesma, o défice de conhecimento das equipas no preenchimento dos pedidos de referência e a antiguidade do programa (digital) de referência da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Um outro aspeto questionado foi sobre o protocolo de contacto com o serviço social. Segundo a assistente social, os enfermeiros ou médicos, das respetivas unidades, ligam diretamente por via telefónica quando necessitam de algum tipo de apoio. Quanto aos clientes, existem duas possibilidades, são atendidos pessoalmente no seu gabinete ou, caso a situação assim o exija, nos respetivos domicílios.

Quando questionada sobre o perfil dos clientes que recorrem ao apoio social, a mesma confessou que tem perceção da existência de cada vez mais casos de demência na população, especialmente idosa, e que os recursos existentes nem sempre são suficientes ou adequados às necessidades. Acrescentou ainda que a faixa etária da população que atende é diversificada, não conseguindo precisar a percentagem de pessoas idosas, mas que, contudo, não é maioritária. A resposta a esta questão foi a ponte para abordar a sua sensibilidade sobre a problemática da fragilidade na pessoa idosa. Para a assistente social a fragilidade, tal como a saúde, surge como um conceito biopsicossocial, sendo, como tal, um fenómeno que sofre influencia da dimensão física, psicológica e social.

A última questão colocada direcionou-se para os principais apoios sociais, direcionados para a pessoa idosa, existentes na área abrangida pela USF. Para responder a assistente social recorreu a uma lista, elaborada pela própria, onde contavam diversas informações sobre as respostas sociais existentes. A lista estava dividida em oito áreas de ação: equipamentos e recursos sociais; educação/formação; saúde; habitação; utilidade pública; lazer animação e cultura; unidade de cuidados continuados, desporto. Em cada uma delas estava identificada a respetiva instituição (morada, contactos, responsável), bem como as suas valências, capacidades e natureza jurídica. Com a colaboração da assistente social foi elaborada uma tabela com as instituições que mais se enquadravam no apoio à população idosa atendida pela USF. Como informação suplementar à lista, e ainda no contexto dos recursos comunitários, a mesma sugeriu a consulta do programa da Rede Social³³ de Lisboa e a visita ao site da Segurança Social, para obter informação suplementar.

³³ A Rede Social é um programa que incentiva organismos públicos, instituições solidárias e outras entidades do âmbito social, a desenvolver um trabalho em parceria com o propósito de promoverem o desenvolvimento social local, bem como a prevenção, exclusão, atenuação ou erradicação de situações de pobreza. A sua ação permite a adequação e melhoria da qualidade dos serviços prestados, especialmente, à população mais vulnerável. Para tal, propõe que as instituições constituintes da mesma tenham uma visão partilhada dos problemas sociais da sua área de abrangência; definam um conjunto de objetivos, prioridades e estratégias e ações; e utilizem de forma mais racional os recursos disponíveis. A mesma é constituída por plataformas de planeamento e coordenação da ação social a nível das Freguesias e dos Concelhos (Segurança Social, 2014).

Concluída a entrevista, direcionei o meu discurso para o tema da fragilidade na pessoa idosa, procurando salientar a sua problemática atual, a influência da dimensão social da mesma e a pertinência do papel a assistente social na sua prevenção.

O balanço à entrevista permite concluir que foi produtiva, esclarecedora e acrescentou conhecimento em matéria de apoio social fornecido pela USF das Conhas. Apraz salientar a disponibilidade e acessibilidade demonstrada pela assistente social durante todo o processo que culminou com a entrevista.

Psicóloga

Guião:

Pontos orientadores da entrevista realizada à psicóloga pertencente à equipa multidisciplinar responsável pela USF:

- Experiência profissional;
- Organização do serviço de psicologia,
- Protocolo de acesso ao serviço de psicologia por parte dos profissionais e dos clientes;
- Sensibilização relativamente à problemática da fragilidade na pessoa idosa;
- Perceção sobre o perfil dos clientes que recorrem à psicóloga.

Entrevista:

Tal como antecederam com a assistente social, a entrevista com a psicóloga foi precedida por uma pequena introdução sobre o tema do meu trabalho. Foi também explicado os moldes da entrevista (entrevista semiestruturada de acordo com um guião). Após a concordância da psicóloga e assinatura do seu consentimento informado, comecei por questionar sobre a sua experiência profissional. A mesma iniciou a conversa referindo que contava com uma carreira de vinte anos, ligada, não apenas, à unidade de saúde, mas também à Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar³⁴. Referiu que a sua área de especialização é a intervenção dirigida para a

³⁴ É uma associação científica sem fins lucrativos, que atua na área da Terapia Familiar e Intervenção Sistémica. Tem como objetivos o estudo, investigação e divulgação dos modelos conceptuais da Teoria Sistémica, a realização de ações de formação e eventos científicos para profissionais e instituições interessados nos aspetos teóricos e práticos ligados à Intervenção Sistémica e Familiar (Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, 2019)

família. Neste contexto, semanalmente desloca-se à outra UCSP para realizar consultas de terapia familiar.

Quando questionada sobre a equipa de psicólogos com quem trabalha na UCSP, referiu que é constituída por dois elementos, mas que atualmente a colega se encontra de baixa a gozar licença de maternidade. Neste contexto, desabafou que o trabalho é excessivo e a resposta dada é insuficiente perante as necessidades existentes. A organização do seu trabalho passa por tentar atender quatro novas pessoas por semana. A dinâmica de organização do serviço de psicologia é diferente da verificada no social. Aqui o apoio psicológico é apenas requerido pelo médico. O protocolo de solicitação de consulta ocorre da seguinte forma: o médico realiza um pedido formal, por carta, e o cliente, posteriormente, efetua a sua marcação. Na análise a este procedimento a psicóloga admite que, algumas vezes, os pedidos médicos não se chegam a efetivar, pois os clientes não finalizam o processo.

Um outro ponto importante que interrogado foi sobre o perfil de clientes atendidos. Após alguns momentos de reflexão sobre o tipo de clientes atendidos, a psicóloga concluiu que atendia uma pequena percentagem de população idosa que, desta, a sua maioria se caracterizada por cuidadores do conjuge ou dos seus descendentes cuja situação clínica se relacionava com Síndrome Demencial. Este último aspeto é interessante, pois vai de encontro com a perceção transmitida, na anterior entrevista, pela assistente social, de uma prevalência de situação de demência na população idosa.

A última pergunta da entrevista direcionou -se para a fragilidade na pessoa idosa e a sua sensibilidade sobre este tema. A resposta a esta questão revelou algum desconhecimento relativamente a esta temática, pelo que em jeito de conclusão da entrevista, orientei o meu discurso para a sensibilização sobre o fenómeno da fragilidade na população idosa, a visão multidimensional da problemática e a influencia e importância do aspeto psicológico na sua prevalência.

A entrevista permitiu esclarecer sobre a organização e o apoio fornecido pelo departamento de psicologia, contribuindo para uma melhor prestação de cuidados à pessoa idosa com necessidade detetadas a nível da dimensão psicológica. Acrescenta-se ainda o fato de a mesma ter servido para promover informação e sensibilizar sobre a problemática da fragilidade junto do elemento responsável pelo apoio psicológico.

Referências Bibliográficas

Segurança Social (2014). *A rede Social*. Lisboa: Segurança Social. Acedido em 7/01/2019. Disponível em <http://www.seg-social.pt/a-rede-social>.

Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (2019). *Sobre a Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar*. Acedido a 07/1/2019. Disponível em: <http://sptf.pt/sobre-a-sptf/>.

APÊNDICE VI

Principais recursos sociais direcionados para a pessoa idosa nas existentes nas proximidades da USF

ÁREA DE ATUAÇÃO	INSTITUIÇÃO	MORADA	VALÊNCIAS	NATUREZA JURIDICA
EQUIPAMENTOS SOCIAIS SAÚDE	Banco do tempo, Agência do Lumiar, Associação caminhando para um todo	Espaço Cultura; Alameda Linha de Torres, 277, 1750- 145 Lisboa	Troca de serviços gratuitos	IPSS
	CAJIL - centro de apoio a jovens e idoso do Lumiar	Rua do Lumiar nº57/59 1750-161 Lisboa	Centro de Dia	IPSS
			Apoio Domiciliário	
	Casa de Repouso Alexandre Ferreira - Inválidos do Comercio	Rua Alexandre Ferreira, 48 A 1769- 007 Lisboa	Centro de Dia	IPSS
			Residencial idosos/lar	
	Centro Social e Paroquial nossa Senhora do Carmo	Av. Maria helena Vieira da silva, 12 Igreja, 1750-182 Lisboa	Apoio Domiciliário	Centro Social Paroquial
	Centro Social da Musgueira	Rua Maria José da Guia	Apoio Domiciliário	IPSS
			Centro de Dia	
			Banco Alimentar	
	Casa de Santa Joana Princesa de Portugal	Largo da República da Turquia, 5 -6-- A/B/C/D	Residencial idosos/lar	IPSS
	Junta de Freguesia do Lumiar	Estrada da Torre, 19 1750-293 lisboa	Atendimento de Serviço Social	Autarquia local
			Banco Alimentar	
	ADFA - Associação de Deficientes Das Forças Armadas	AV. Padre Cruz - Edifício ADFA - 1600 - 560 Lisboa	Atividades ocupacionais	ONG
			Reabilitação de cegos	
			Apoio domiciliário	
			Acolhimento familiar de adultos com deficiência	
			Apoio jurídico	
	Lar Militar da Cruz Vermelha	Av. Rainha D. Amélia, 1600 - 676 lisboa	Adultos do género masculino com deficiência motora	ONG
			Residencial	
			Residência temporária	
			Apoio domiciliário	
			Apoio Psicológico	
			Reabilitação	
	Centro de Dia do Alto do Lumiar	Rua Vasco da Gama Fernandes nº11, 1750- 376 Lisboa	Apoio domiciliário	SCML
			Centro de Dia	
	Centro Social paroquial da Charneca	Largo das Galinheiras, 1750-195 - Lisboa Charneca	Apoio Domiciliário	Centro social e paroquial
			Centro de Dia	
			Residência assistida	
	Centro de desenvolvimento comunitário da Charneca	Quinta do Reguengo, 1750 - 245 Lisboa	Apoio Domiciliário	SCML
			Centro de Dia	
			Creche	

	Lar Residencial Nuno Kruz Abecassis - Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa	Lar Residencial Rua F - 2 Per 12 Malha 27.1 lote 50 1750 - 480 / Sede Av. Rainha D. Amélia - Lumiar	Apoio Domiciliário	IPSS
			Residencial	
			Unidade de Longa Duração - RNCC	
			Centro de Atividades	
	Centro Social Paroquial da Ameixoeira	Estrada da Ameixoeira nº118	Apoio Domiciliário	Centro social e paroquial
			Centro de Dia	
			Banco Alimentar	
	CEDEMA - Associação de pais e Amigos dos Deficientes Mentais Adultos	Quinta da Torrinha zona 3	Centro de atividades ocupacionais	IPSS
	Congregação Irmãs do Cotelengo	Estrada da Ameixoeira nº129	Residência para deficientes mentais/ motores profundos do género feminino	Congregação
	Centro de acolhimento da Pedro Arrupe	Bairro da Ameixoeira zona 3 lote 10 e 11	Residência para estrangeiros sem documentação, em situação de risco	Serviço dos Jesuítas aos refugiados
SAÚDE	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar	Alameda das Linhas de Torres, 243 - 1750-144 Lisboa	Unidade de Saúde	SNS
	CHULN – Hospital Pulido Valente	Alameda das Linhas de Torres, 117 - 1769 - 001 Lisboa	Hospital	EPE
	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Alto do Lumiar	Rua David Mourão Ferreira, malha 15, lote 15.4 lojas GH 1750-204 Lisboa	Unidade de Saúde	SNS
LAZER, ANIMAÇÃO E CULTURA	Academia Portuguesa de História	Alameda Linhas de Torres, 198-200 R/C 1769 - 024 Lisboa	Biblioteca/ Sessões Históricas	Instituição científica de utilidade pública
	Associação dos Antigos Alunos do Colégio de São João de Brito	Estrada da Torre, 28 1769 - 004 Lisboa	Atividades formativas, sociais, recreativas, culturais, desportivas	Associação privada sem fins lucrativos
	Associação Guias de Portugal	Igreja Paroquial N Sra. do Carmo do Alto do Lumiar /Av. Maria helena da Silva, 12, loja 1750 - 183 Lisboa	Atividades Pedagógicas	Associação de utilidade Pública - Igreja Paroquial
	Centro Cultural Alameda	Alameda Linha da Torres, 277 - 1750 145 Lisboa	Cursos Diversos / Biblioteca	Associação Cultural
	Comunidade Hindu de Portugal	Al. Mahatma Gandh, 1600 - 500 Lisboa	Apoio à Comunidade Hindu	IPSS
	Espaço Cultura	Alameda Linha da Torres, 277 - 1750 145 Lisboa	Ciberespaço / Biblioteca/ Exposição e Ateliers	Autarquia Local
	Museu Nacional do Teatro	Estrada do Lumiar, 10/12 1600 - 495 Lisboa	Museu, Biblioteca, serviços educativos, auditório	Ministério da Cultura
	Museu Nacional do Traje	Lg. Júlio Castilho, 2, 1600 - 483 Lisboa	Museu, Serviços educativos	Ministério da Cultura
	Universidade da Terceira Idade do Lumiar	Estrada da Torre 19, 1750-011 Lisboa	Aquisição de conhecimentos e o convívio	Autarquia Local

APÊNDICE VII

O processo de enfermagem

O processo de enfermagem, definido como uma metodologia estruturada, assente no método científico, permite ao enfermeiro colher dados pertinentes, analisar necessidades, identificar problemas, delinear objetivos e intervenções prioritárias e avaliar resultados, e, como tal, realizar um julgamento clínico mais adequado, apoiar a sua tomada de decisão, determinar a eficiência dos cuidados e ajustar as suas intervenções (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2018). Trata-se de um processo constituído por cinco etapas sequências, interrelacionadas e cíclicas, continuamente presentes na prestação de cuidados de enfermagem, independentemente das concepções ou modelos teóricos adotados (Adam, 1994). A denominação de cada uma pode variar de autor para autor, pelo que se adota a definidas por Potter *et al.* (2018): colheita de dados, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação. Herdman e Kamitsuru (2018) acrescentam que todas as suas fases exigem do enfermeiro conhecimentos sobre os diversos conceitos de enfermagem, bem como uma determinada concepção dos cuidados, no sentido de orientar a recolha dos dados e a elaboração dos diagnósticos.

A primeira fase deste processo acontece logo após o contacto com o indivíduo e permite obter informação relevante e organizada, não apenas, sobre as suas necessidades e problemas, como também, da sua família e/ou cuidador. Inerentes à mesma estão associadas três atividades essenciais: a colheita de dados objetivos e subjetivos, através da entrevista, avaliação física, observação, diagnóstico médico e os resultados de exames auxiliares de diagnóstico; a organização desses dados e a sua documentação/registo (Souza, Barros, Michel, Nobrega & Ganzarolli, 2015). Trata-se de uma etapa importante e alicerce das seguintes, na medida em que todas as informações aqui obtidas vão nortear as decisões diagnósticas e de intervenção, bem como influenciar a avaliação dos resultados.

A segunda etapa do processo de enfermagem tem como objetivo elaborar julgamento clínico dos problemas, riscos ou oportunidades de promoção de saúde, dos indivíduos, famílias ou grupos, ou seja, um de diagnóstico de enfermagem (Herdman & Kamitsuru, 2018). Segundo Adam (1994), esta resulta da análise e interpretação dos dados recolhidos (daí a importância do tipo de informação obtida) e preocupa-se em responder a três aspetos: identificar as necessidades, determinar a forma como as mesmas podem ser abordadas e identificar a origem do problema.

Após a identificação dos diagnósticos, os mesmo deverão ser priorizados, para posteriormente serem traduzidos em intervenções eficazes. Iniciasse assim a terceira face do processo de enfermagem, o planeamento. Aqui são descritos, para cada diagnóstico elaborado, um resultado expectável e a respetivas ações interventivas (Herdman & Kamitsuru, 2018).

A etapa quatro, denominada implementação, corresponde à execução do planeamento previamente elaborado (Adam, 1994).

Por último, a (re)avaliação, consistem em determinar de que forma os problemas e necessitas identificadas foram suprimidos ou correspondidos, servido para ajustar ou delinear novas intervenções e objetivos das mesmas.

Na área da saúde, tem-se verificado, a nível nacional, uma tendência e um esforço no investimento no sentido da informatização do processo de enfermagem (SPMS, 2017). Segundo Azevedo e Sousa (2012), a origem do desenvolvimento de plataformas digitais de apoio à enfermagem, resultou da necessidade identificada de melhorar o acesso à informação clínica entre diferentes contextos de cuidados e contribuir para a continuidade dos cuidados. De acordo com a OE (2007), os sistemas de informação são fundamentais na valorização e evidenciação dos contributos dos cuidados de enfermagem na qualidade e ganhos na saúde das populações. Cunha, Ferreira e Rodrigues (2010) acrescentam ainda como aspetos positivos dos mesmos a melhoria na organização da informação, na acessibilidade à mesma e no desempenho profissional, e a redução do tempo em atividades burocráticas.

Na USF o programa de apoio aos cuidados de enfermagem é o S Clínico – CSP. Este sistema de informação é abrangente, permitindo, para além de integrar o processo de enfermagem, consultar o regime terapêutico do cliente, marcar consultas e tratamentos/atos de enfermagem, realizar registos de enfermagem, entre outras possibilidades (SPMS, 2017).

A qualidade dos registos de enfermagem, independentemente do formato (em papel ou digital), é um aspeto fundamental relacionado com a prestação de cuidados. Segundo Albuquerque e Delgado (1998) os mesmos cumprem determinados propósitos, tais como, serem uma forma de comunicação interdisciplinar; contribuir para a definição dos diagnósticos de enfermagem e médicos; planeamento dos cuidados e avaliação dos mesmo; permitirem a continuidade dos cuidados; servirem como fonte de aprendizagem, investigação, apoio legal e histórico. Através dos

registos o enfermeiro fundamente as suas tomadas de decisão e ações em cada uma das situações específicas dos cuidados.

Referências Bibliográficas

Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Albuquerque, A. e Delgado, R. (1998). Guia Orientador sobre os Registos de Enfermagem. *Referência*. (1). 83-84.

Azevedo, P. & Sousa, P. (2012). Partilha de informação de enfermagem: Dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista Enfermagem Referência*, III (7), 113-122.

Cunha, A., Ferreira, J. & Rodrigues, M. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado em Enfermagem. *Referência*, III série (1). 7-16.

Herdman, H. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação, edição onze, 2018-2020*. São Paulo: Artmed. Acedido a 20/03/2019. Disponível em: http://nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018_2020.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de informação de enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnicos – funcionais*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 20/3/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf.

Potter, P., Perry, G., Stockert, P. & Hall, A. (2018). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS] (2017). *S clínico: Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: SPMS. Acedido a 2/6/2018. Disponível em: http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/SCLINICO-V-2.6_RELEASES.pdf.

Souza, M., Barros, A., Michel, J., Nóbrega, M. & Ganzarolli, M. (2015). Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: Barros A. (2015). *Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto (3 ed)*. Porto alegre: Artmed Editora.

APÊNDICE VIII

Instrumento de colheita de dados (segundo o modelo de parceria de Gomes, 2016)

GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM

(Elaborado segundo o modelo de parceria de Gomes, 2016)

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL (Fase Revelar-se)

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Nome pelo qual gosta de ser chamado: _____

Morada: _____ Telefone: _____

Naturalidade: _____ Estado civil: _____ Habilitações literárias: _____

Profissão: _____

Crenças religiosas: _____

Atividades de lazer: _____

CONTEXTO DE VIDA PESSOA IDOSA (Fase Envolver-se)**Situação sociofamiliar**

Agregado familiar/Vive com: _____

Pessoa referência _____ Grau de Parentesco: _____

Contacto: _____ Morada: _____

Cuidador Principal: _____ Grau de Parentesco: _____

Contacto: _____ Morada: _____

Responsável pela prestação de cuidados a terceiros: Sim ☐ Não ☐

Genograma:

**Condições habitacionais**Habitação própria: Sim ☐ Não ☐

Tipo de habitação: _____

Condições da habitação indicadora de problemas: Sim ☐ Não ☐

Motivo: _____

Rede de apoio

Unidade de Saúde: _____ Médico Família: _____

Enfermeiro de Referência: _____

Algum tipo de apoio social: Sim ☐ Não ☐ Qual: _____

Ecomapa:

HISTÓRIA DE SAÚDE/DOENÇA ATUAL

Proveniência: Domicílio ☐ Estrutura Residencial ☐ Outro ☐ _____

História da doença atual: _____

Motivo de Internamento/deslocamento à Unidade de Saúde: _____

Diagnóstico Médico: _____

A pessoa tem conhecimento da sua situação clínica: Sim ☐ Não ☐

Motivo: _____

Antecedentes pessoais:

Doenças e exames realizados: _____

Intervenções Cirúrgicas: _____

Medicação habitual: _____

Internamentos Anterior: Sim ☐ Não ☐ Onde: _____

Experiências associadas: _____

Vigilância de saúde: Sim ☐ Não ☐ Local _____

Especialidades: _____

Alergias/Intolerâncias: Desconhece ☐ Sim ☐ Quais: _____

Estilos de vida/ Comportamentos aditivos: Sim ☐ Não ☐

Quais: Tabaco ☐ Álcool ☐ Estupefacientes ☐

Impacto da doença na sua vida: _____

AValiação MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA:**Domínio psicológico/mental**

Estado de orientação: _____

Estado de consciência:

Escala de Glasgow: Resultado _____

Avaliação cognitiva:

Mini Exame do Estado Mental: Resultado _____

Estado emocional:

Escala de Depressão Geriátrica (GDS15): Resultado _____

Domínio físico

Avaliação sensorial:

Audição: _____

Fala: _____

Visão: _____

Pele e mucosas:

Características: _____

Alterações integridade: Sim ☐ Não ☐ Tipo: _____

Risco de úlceras por pressão: Escala de Braden: Resultado _____

Sinais vitais:

Tensão arterial: ____

Frequência respiratória: ____

Frequência cardíaca: ____

Temperatura: ____

Dor:

Escala qualitativa: Resultado _____

Escala das faces: Resultado _____

Escala numérica: Resultado _____

Escala de PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia):

Resultado: ____

Respiração:

Características: _____

Alterações: _____

Oxigenoterapia: _____

Circulação:

Edemas: Sim ☐ Não ☐ Localização: _____

Estado nutricional:

Dependência: Sim ☐ Não ☐ Tipo de dependência: _____

Intolerâncias: _____ Hábitos alimentares: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Problemas: Anorexia ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Disfagia ☐Falta de peças dentárias: _____ Próteses: Sim ☐ Não ☐ Quantidade de ingestão hídrica: _____ Tipo de dieta: _____Dispositivo de suporte alimentar: Sim ☐ Não ☐ Tipo: SNG ☐ PEG ☐

Data de colocação _____

Escala Mini Nutritional Assesement: Resultado _____

Eliminação Vesical:

Alterações: Anúria ☐ Disúria ☐ Polaquiúria ☐

Hábitos: _____

Dispositivo de apoio:

Fralda ☐ Dispositivo urinário ☐ Drenagem supra-púbica ☐Estoma ☐ Cateter vesical ☐

Eliminação intestinal

Alterações: Obstipação ☐ Diarreia ☐

Características das fezes _____

Última dejeção _____

Hábitos: _____

Dispositivo de apoio: Fralda ☐ Estoma ☐

Qualidade do sono e repouso:

Padrão: _____

Medidas adaptativas: _____

Domínio funcional

Atividade motora:

Dependência:

Ajuda necessária: Sim ☐ Não ☐ Tipo de ajuda: _____

Recursos de apoio necessários: _____

Escala de Classificação Funcional da Marcha de Holden: Resultado _____

Escala de Morse: Resultado _____

Grau de dependência nas ABVD:

Escala de Barthel: Resultado _____

Grau de dependência nas AIVD:

Escala de Lawton & Brody: Resultado _____

Domínio Social

Risco social:

Situação profissional indicadora de problemas: Sim ☐ Não ☐Situação económica indicadora de problemas: Sim ☐ Não ☐

Escala de Avaliação Sociofamiliar de Gijón: Resultado _____

Rede de apoio:

Situação familiar indicadora de problemas: Sim ☐ Não ☐

Motivo: _____

Cuidador Principal: Sim ☐ Não ☐

Nome: _____ Idade: ____

Grau de Parentesco: _____ Contacto: _____

Morada: _____ Estado de saúde: _____

Tipo de apoio prestado: _____

Dificuldades/necessidades do cuidador: _____

Impacto na vida do cuidador: _____

Apoio da restante família: _____

Escala da Depressão Geriátrica (GDS 15): Resultado _____

Entrevista de Zarit para a Sobrecarga do Cuidador: Resultado _____

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador: Resultados _____

Fragilidade da pessoa idosaIndicador de Fragilidade de Tilburg: Resultado _____ Frágil ☐ Não frágil ☐

Data _____ Enf.º _____

APÊNDICE IX

Guião de colheita de dados segundo o modelo de parceria de Gomes (2016)

Guião de colheita de dados

(Segundo o processo de parceria de Gomes, 2016)

Revelar-se	<p>Caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa do enfermeiro e pessoa /familiar cuidador /família como ser de projeto e de cuidados. O enfermeiro dá-se também a conhecer, estabelecendo os termos da relação.</p>	
	<p>Enfermeiro: Dar-se a Conhecer à Pessoa Idosa</p>	
	<p>O enfermeiro: Cumprimenta a pessoa idosa Identifica-se (nome, competências) Apresenta o serviço e as suas características, e os objetivos da consulta, Promove a afetividade e um tempo e espaço propício à interação. Explicita os termos da relação, dizendo o que é esperado de cada um</p>	
	<p>Conhecer a pessoa idosa - Projeto de vida da Pessoa Idosa - Crenças e valores</p>	
Envolver-se	<p>Nome, Nome pelo qual gosta de ser tratado Gênero, Idade, Escolaridade, Contacto telefónico Estado civil Nacionalidade/naturalidade Atividade profissional (atual / anterior)</p>	<p>Religião, Espiritualidade Atividades lazer (ocupação tempos livres, o que deseja para si) O que motiva a pessoa idosa e dá sentido à sua vida O que tem significado na sua existência Quais os seus desejos no seu quotidiano de vida</p>
	<p>Experiências de vida significativas</p>	
	<p>Experiências de vida significativas</p>	
	<p>Caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade e estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, promove o cuidado em ambiente seguro. O enfermeiro procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida e a realização de Si, incluindo o familiar cuidador e família., no contexto da sua comunidade, existência e relação com o Mundo.</p>	
	<p>O enfermeiro promove o cuidado em ambiente seguro</p>	
Envolver-se	<p>O Enfermeiro: Procura saber as expectativas da pessoa idosa e do familiar cuidador quando procura os cuidados de saúde; Enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis; Mostra-se disponível para a pessoa idosa e/ou cuidador familiar (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito); Avalia os conhecimentos da pessoa idosa e/ou cuidador familiar sobre a fragilidade, fatores de risco e medidas de prevenção; Envolve o cuidador familiar nos cuidados.</p>	
	<p>Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa</p>	
	<p>Situação sociofamiliar: Agregado familiar / Papel na família / Rede familiar; Realização de Genograma; Identificar pessoa referência (nome, parentesco, contacto telefónico); Situação económica do agregado familiar; Conhecer as necessidades e potencialidades do familiar cuidador Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se e próprio ou alugado, barreiras arquitetónicas, casa de banho adaptada, aquecimento) Rede de apoio (vizinhança, médico família, apoio social, centro dia, cuidador familiar) – Ecomapa</p>	
	<p>Conhecer a História da Saúde/Doença atual da Pessoa Idosa e que significado esta tem na sua trajetória de vida. Processo de recuperação/adaptação</p>	
	<p>Motivo de deslocação à unidade de saúde ou de internamento hospital (início, sinais e sintomas); Diagnóstico de enfermagem e médico; Conhecimento dos diagnósticos médicos por parte da pessoa idosa (reação perante os mesmos: aceitação, recusa, desprezo); História da doença atual; Antecedentes pessoais (problemas de saúde, cirurgias, alergias/intolerâncias e tratamentos habituais) Doenças e exames efetuados; Cirurgias anteriores; Medicação habitual e responsabilidades pela sua gestão; Internamentos anteriores (experiências associadas aos mesmos); Vigilância de saúde (Instituição/ Especialidade/ Medico); Alergias ou intolerâncias, Estilos de vida (comportamentos aditivos (tabaco, álcool, estupefacientes)) Impacto da doença na sua vida.</p>	

	Perscrutar as Reais Necessidades e Potencialidades da Pessoa Idosa - Particularidades do seu padrão único de vida
	Quais são as suas reais necessidades para o cuidado de Si; Qual o seu potencial de desenvolvimento tendo em conta as necessidades para o cuidado- de -Si
	Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa
	Avaliação da fragilidade - aplicação do IFT) Domínio psicológico/mental/emocional: Avaliação estado de orientação Avaliação do estado consciência (aplicação de escala de Glasgow) Avaliação cognitiva (aplicação do Mini Exame do Estado Mental); Avaliação do estado emocional (aplicação da Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15), Domínio físico: Avaliação sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses); Avaliação pele e mucosas (caraterísticas, alterações integridade cutânea, risco de úlceras por pressão - aplicação escala de Braden); Avaliação sinais vitais (tensão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura, dor – aplicação de escalas de dor adaptadas a cada idoso: escala qualitativa, escala das faces, escala numérica, escala de PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia); Avaliação circulação (Edemas) Avaliação respiração (características, alterações, oxigenoterapia); Avaliação do estado nutricional (dependência; intolerâncias; hábitos alimentares; problemas – náuseas, vômitos, disfagia; falta de peças dentárias, próteses, quantidade de ingestão hídrica, tipo de dieta - aplicação do questionário Mini Nutritional Assessment), Avaliação atividade motora (marcha, equilíbrio e risco de queda – aplicação da escala de Morse) Avaliação da eliminação vesical e intestinal (hábitos vesicais e intestinais, alterações, dispositivos de apoio) Avaliação da qualidade do sono e repouso (padrão, medidas adaptativas); Domínio social: Avaliação do risco social (situação familiar, económica, habitacional e relacional – aplicação da Escala de Avaliação Sociofamiliar de Gijón) Avaliação da rede de apoio (situação familiar e /ou profissional indicadora de problemas, responsável para prestação de cuidados, Avaliação do cuidador (idade, grau de parentesco, estado de saúde, tipo de apoio prestado, dificuldades/necessidades sentidas com a prestação de cuidados, impacto na vida do cuidador, apoio da restante família) – aplicação de Escala da Depressão Geriátrica (GDS 15), entrevista de Zarit para a Sobrecarga do Cuidador, Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador, Domínio funcional: Atividade motora (dependência, ajuda necessária, recursos de apoio necessários); Avaliação grau de autonomia na marcha - aplicação da escala de Classificação Funcional da Marcha de Holden; Avaliação do grau de dependência nas ABVD - aplicação da escala de Barthel; Avaliação do grau de dependência nas AIVD - aplicação da escala de Lawton & Brody. Padrão de vida quotidiano: como vive cada uma das suas NHF's/AVD/AIVD/ como, quando, porque, as realiza
	Respirar; comer e beber; manter a temperatura corporal; manter-se limpo e proteger os tegumentos; eliminar; movimentar-se e manter a postura correta; vestir e despir- se; evitar os perigos; comunicar com os seus semelhantes; dormir e repousar; praticar a sua religião e agir s/crenças; ocupar- se tendo em vista a realização de passatempos , sexualidade.
	Capacidades e conhecimentos para o Cuidado de Si
	O que a pessoa pode fazer sozinha para promover o Cuidado de Si O que só pode fazer com ajuda para promover o Cuidado de Si O que já não pode fazer para promover o Cuidado de Si O que o familiar cuidador pode fazer sozinho para promover o cuidado de Si próprio e do Outro (familiar doente) O que só pode fazer com ajuda para promover o cuidado do Outro O que já não pode fazer para promover o cuidado do Outro O que pessoa e familiar cuidador e família sabe para promover o Cuidado de Si O que pessoa e familiar cuidador e família não sabe para promover o Cuidado de Si O que pessoa e familiar cuidador e família quer saber e pode saber para promover o Cuidado de Si
	Capacitar é construir uma ação conjunta negociada no desenvolvimento de competências para agir e decidir e transforma as capacidades potenciais em reais. Possibilitar . Partilha o significado da experiência com o outro. O enfermeiro possibilita o cuidado da pessoa quando esta não tem capacidade para o fazer ou capacita o familiar cuidador para o fazer. Atuam segundo os valores e princípios da eficácia terapêutica e profissional, tendo por base o código deontológico e o quadro de referências da profissão e uma constante análise das suas práticas
	Promover o Cuidado de Si na pessoa e familiar cuidador/ família através da construção de uma ação conjunta ou assegura o cuidado do outro
	O Enfermeiro:

		<p>Atende as prioridades da pessoa idosa, cuidador e família;</p> <p>Partilha conhecimentos com a pessoa idosa e sua família (educação para a saúde, folhetos informativos);</p> <p>Promove a reflexão (para uma tomada de decisão informada), a proatividade (valorizando os conhecimentos e sentimentos da pessoa idosa, estimulando e acolhendo as suas ideias);</p> <p>Respeita os tempos da pessoa idosa, aguardando não impondo e atende as suas preferências;</p> <p>Negocia os cuidados com a pessoa idosa, respeitando os seus valores, crenças e tomadas de decisão;</p> <p>Solicita o apoio de diferentes profissionais de acordo com as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar;</p> <p>Promover o Cuidado do Outro (possibilita o cuidado, assegurando o cuidado da pessoa quando esta não tem capacidade para o fazer, tomando cuidado com o cuidado que o outro deveria ter consigo próprio) ou capacita o cuidador familiar para o fazer;</p> <p>Incentiva a pessoa idosa na adesão ao plano terapêutico;</p> <p>Ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de Si, tendo em conta a pessoa como um ser de projeto e cuidado no contexto da sua existência e do mundo em que se insere;</p> <p>Antecipa complicações;</p> <p>Proporcionar conforto e bem-estar.</p>
		<p>Desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos.</p>
		<p>O enfermeiro:</p> <p>Ajuda a suportar o compromisso que a pessoa idosa faz, com base no que faz sentido para si;</p> <p>Ajuda nas escolhas da pessoa idosa, respeitando-as e efetuando as ações necessárias, apoiando as tomadas de decisão da pessoa idosa e familiar cuidador / família;</p> <p>Valida as intervenções realizadas na promoção do Cuidado- de- Si ou no Cuidado do Outro</p> <p>As ações planeadas visam a transição progressiva de uma capacidade potencial para uma capacidade real.</p>
	Assumir ou assegurar cuidado de si	<p>O doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar.</p> <p>Consegue prosseguir com o seu projeto de vida e saúde</p>
		<p>Assumir ou Assegurar o Cuidado- de- Si- Próprio</p>
		<p>A pessoa idosa tem controlo de si e do seu projeto de vida e de saúde (é capaz de tomar decisões; lidar com a sua situação de saúde; gerir o seu plano terapêutico e os recursos disponíveis na comunidade) e refere conforto e bem-estar;</p> <p>O enfermeiro.</p> <p>Com a experiência da pessoa idosa aprende a ultrapassar a sua própria vulnerabilidade;</p> <p>Mantém-se como um recurso.</p>
		<p>Assumir ou Assegurar o Cuidado- do- Outro</p>
		<p>O cuidador familiar da pessoa idosa:</p> <p>Detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado do Outro;</p> <p>Capacidade para cuidar da pessoa idosa doente;</p> <p>O enfermeiro permite que a pessoa possa prosseguir na sua trajetória de vida, antecipa complicações, proporcionar conforto e bem-estar e mantém-se como um recurso.</p>

Adaptado do modelo de Parceria de Gomes (2016)

Referência Bibliográfica

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas

APÊNDICE X

Avaliação multidimensional da pessoa idosa

O envelhecimento é um fenómeno universal e progressivo correlacionado com um serie de alterações biopsicossociais que se influenciam mutuamente e contribuem, com grau de intensidade e manifestações diferentes, para a perda de capacidade de adaptação ao meio ambiente, conduzindo a uma maior dependência física e mental e, conseqüentemente, qualidade de vida individual e social (Sequeira, 2018). Trata-se, assim, de um processo natural que desencadeia alterações a nível físico, psicológico, mental e funcional. Neste sentido, torna-se clarividente a importância e pertinência do processo de avaliação multidimensional em contexto de cuidados à pessoa idosa.

A avaliação multidimensional é um processo de diagnóstico interdisciplinar que permite identificar problemas, planejar intervenções e melhorar os resultados adversos da pessoa idosa frágil (Westgård, Wilhelmson, Dahlin-Ivanoff & Hammar, 2019). Através deste método de prestação de cuidados é possível obter um retrato global do idoso e identificar quais os domínios de funcionamento humano que se encontram alterados. O seu propósito, segundo Ermida (2014), consiste em orientar e gerir os planos de cuidados, os recursos e as intervenções de saúde, por forma a responder às necessidades individuais identificadas.

A operacionalização da AMPI realiza-se através de diferentes estratégias: a observação direta, a entrevista semiestruturada, o juízo clínico e a utilização de uma vasta gama de instrumentos de avaliação (Sequeira, 2018). Estes últimos deverão ser empregues de forma racional, adequada, em função do que se pretende determinar e da sua frequência de utilização, não devendo substituir nunca os restantes métodos de avaliação (Sequeira, 2018). Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill e Langhorne (2011) referem que às escalas de medida é reconhecida a sua importância na determinação do diagnóstico da situação, na avaliação do prognóstico, na monitorização e no apoio à tomada de decisão. A escolha das mesmas deverá seguir certos princípios: serem fiáveis, de preenchimento simples e rápido e bem aceites pelo idoso (Ermida, 2014).

Existe um consenso entre diversos autores, que a avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMPI) se deve centrar nos 4 domínios propostos por Rubinstein (1995): o físico, o mental, funcional e social (Ermida, 2014).

Na tabela (nº1) seguinte é apresentado o guião orientador da AMPI realizada durante os cuidados prestados nos dois contextos de estágio. O mesmo está organizado de acordo com as dimensões consideradas.

Dimensões	Aspetos avaliados e escalas/Índices utilizados
Física	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses); • Avaliação pele e mucosas (caraterísticas, alterações integridade cutânea, risco de úlceras por pressão - aplicação escala de Braden); • Avaliação sinais vitais (tensão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura, dor – aplicação de escalas de dor adaptadas a cada idoso: escala qualitativa, escala das faces, escala numérica, escala de PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)); • Avaliação respiração (características, alterações, oxigenoterapia); • Avaliação do estado nutricional (dependência; intolerâncias; hábitos alimentares; problemas – náuseas, vômitos, disfagia; falta de peças dentárias, próteses, quantidade de ingestão hídrica, tipo de dieta - aplicação do questionário Mini Nutritional Assessement), • Avaliação atividade motora (marcha, equilíbrio e risco de queda – aplicação da escala de Morse) • Avaliação da eliminação vesical e intestinal (hábitos vesicais e intestinais, alterações, dispositivos de apoio) • Avaliação da qualidade do sono e repouso (padrão, medidas adaptativas); • Avaliação fragilidade (física) – Aplicação do IFT;
Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação atividade motora, dependência, ajuda necessária, recursos de apoio necessários - aplicação da escala de Classificação Funcional da Marcha de Holden – avaliação do grau de autonomia na marcha; • Avaliação do grau de dependência nas ABVD - aplicação do índice de Barthel; • Avaliação do grau de dependência nas atividades instrumentais vida quotidiana - aplicação da escala de Lawton & Brody;
Mental/psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado consciência - aplicação de escala de Glasgow; • Avaliação cognitiva - aplicação do Mini Exame do Estado Mental; • Avaliação do estado emocional - aplicação da Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15; • Avaliação fragilidade (psicológica) – Aplicação do IFT;
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco social – aplicação da Escala de Avaliação Sociofamiliar de Gijón) • Avaliação da rede de apoio (situação familiar e /ou profissional indicadora de problemas, responsável para prestação de cuidados, • Avaliação do cuidador (idade, grau de parentesco, estado de saúde, tipo de apoio prestado, dificuldades/necessidades sentidas com a prestação de cuidados, impacto na vida do cuidador, apoio da restante família) – aplicação de Escala da Depressão Geriátrica (GDS 15), entrevista de Zarit para a Sobrecarga do Cuidador, Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador, • Avaliação fragilidade (social) – Aplicação do IFT.

Tabela 1 – Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Referências Bibliográficas

Ellis G, Whitehead MA, Robinson D et al (2011) Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 343: d6553. Acedido a 01/2/2019. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d6553.full.pdf>.

Ermida, J. G. (2014). Avaliação geriátrica global. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatría fundamental – saber e praticar* (pp. 103 – 117). Lisboa: Lidel.

Rubenstein, L., Wieland, D. & Bernabei, R. (1995). Geriatric Assessment Technology: The State of the Art. Milano: Editrice Kurtis. Acedido a 01/2/2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233748363_Geriatric_Assessment_Technology_The_State_of_the_Art.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.

Westgård, T., Wilhelmson, K., Dahlin-Ivanoff, S. & Hammar, I., O. (2019) Feeling expected as a Person: a Qualitative Analysis of Frail Older People's Experiences on an Acute Geriatric Ward Practicing a comprehensive Geriatric Assessment. *Geriatrics*, 4(1), 16

APÊNDICE XI

Estudo de caso desenvolvido na USF



**9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Opção
Pessoa Idosa**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Estudo de Caso

USF

Docente: Idalina Gomes

Discente: Bruno Verde

Outubro de 2018

INTRUDUÇÃO

Este estudo de caso foi elaborado no âmbito da unidade curricular, estágio com relatório, do curso de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa. O mesmo, desenvolvido numa USF, do ACES Lisboa Norte, foi planeado para atingir o objetivo geral de promover a aquisição de competências como enfermeiro especialista no cuidado em parceria com pessoa idosa frágil.

Como estratégia de aprendizagem, o estudo de caso é uma atividade fundamental, na medida em que permite ao enfermeiro analisar de forma aprofundada e sistemática um fenómeno de saúde de um determinado indivíduo, família ou grupo e o desenvolver intervenções (cuidados de enfermagem) direcionados para a resolução das respetivas necessidades e problemas identificados (Vilelas, 2017). Constituiu igualmente como uma ferramenta importante de reflexão sobre as ações desenvolvidas e os resultados alcançados.

O caso contemplou uma situação de cuidados, uma pessoa idosa frágil a residir na comunidade, e como modelo orientador da intervenção de enfermagem, o processo de parceria de Gomes (2016), que compreende 5 fases de construção (revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o cuidado de si ou assegura o cuidado do outro) e se caracteriza, numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa, como promotor do cuidado de próprio (por si ou pelo outro), de acordo com os seu objetivos e projetos de vida e saúde. Acrescenta-se ainda que neste estudo a fragilidade é entendida como uma condição de causa multidimensional, resultante da alteração ocorrida nos domínios físicos, psicológico e social.

Os motivos que despoletaram o interesse por conhecer melhor a história deste cliente foram três: a sua evidente fragilidade física, traduzida por uma visível alteração na marcha, o fato de não estar acompanhado, e as insuficientes informações existente, no processo de enfermagem, sobre o mesmo. Neste sentido, pareceu-nos uma situação relevante que permitiria, não apenas, melhorar a resposta às suas necessidades reais, como também, ser uma experiência importante no desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista na vertente da pessoa idosa potencialmente ou eventualmente frágil.

A obtenção da informação para a construção do caso, foi precedida pela elaboração de um guia orientador, estruturado numa lógica baseada nas fases do

respetivo processo de parceria de Gomes (2016). O mesmo contempla uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, realizada através da utilização de diversas escalas e índices validados para a população portuguesa.

Importa referir que o estudo de caso seguiu todos os tramites éticos expectáveis, nomeadamente a assinatura do consentimento livre e informado da pessoa alvo do estudo.

O estudo encontra-se estruturado em três partes. Na primeira é apresentado o caso numa lógica assente nas fases do modelo de parceria de Gomes (2016). Na segunda, intitulada considerações finais, é elaborada uma reflexão sobre o estudo de caso. Por último, a terceira parte, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas no estudo.

PARTE I – APRESENTAÇÃO DO CASO

Revelar-se

Nesta etapa do processo de parceria, o enfermeiro apresenta-se e procura compreender o potencial de desenvolvimento da pessoa ou família alvo dos cuidados (Gomes, 2016). Pretende-se aqui conhecer a pessoa idosa em todas as suas vertentes (a sua identidade, o seu contexto de vida, a história da sua doença e o seu impacto da mesma) por forma a contribuir para a promoção do projeto de vida e saúde. É uma fase que se interrelaciona com as restantes e que exige do enfermeiro a mobilização da competência da comunicação.

Enfermeiro: dar-se a conhecer à pessoa idosa

O primeiro contacto com a pessoa alvo deste estudo de caso, doravante denominada por sr. Verde³⁵, ocorreu numa USF após uma consulta de enfermagem. Na mesma cumprimentei-o, identifiquei-me e expliquei o meu papel enquanto aluno de especialidade do curso de enfermagem Médico-Cirúrgico.

Após a identificação deste caso como uma situação de cuidados potencial alvo de estudo, contactou-se telefonicamente o sr. Verde no sentido de proceder ao pedido de colaboração e autorização do mesmo. Nesse primeiro contacto, realizado com anuência do enfermeiro e da família, foi esclarecido o âmbito e objetivos daquela chamada, bem como o interesse em marcar uma visita domiciliária. O sr. Verde

³⁵ Por forma a proteger o anonimato da família retratada neste estudo de caso, foram utilizados nomes fictícios.

concordou em participar e colaborar no respetivo estudo pelo que se marcou a visita domiciliária para dois dias depois.

À chegada ao domicílio, o sr. Verde atendeu-me prontamente e com simpatia. Apesar de já ter ocorrido dois contactos prévios, um durante a consulta de enfermagem e outro via telefónica, apresentei-me novamente (dei-me a conhecer) e expliquei o meu papel a nível do estudo, bem como os objetivos e implicações do mesmo. Após garantir e avaliar que o cliente tinha entendido e compreendido a intenção da realização do estudo de caso assinou-se o consentimento informado, livre e esclarecido, onde continha as informações sobre o âmbito do estudo e a garantia que os princípios éticos seriam respeitados e iniciou-se a primeira entrevista.

Pessoa idosa: Identificação pessoal

O sr. Verde tem 85 anos de idade e nasceu em Portugal, numa pequena freguesia do interior. Aí completou com sucesso a instrução primária, arranjou o primeiro emprego e conheceu a sua futura mulher. Pouco tempo depois de virem residir para Lisboa, decidiram casar e alugar uma casa numa freguesia do concelho. Entretanto tiveram 1 filho que frequentou o ensino superior e casou, residindo atualmente com a mulher e três filhos numa freguesia de um concelho vizinho de Lisboa, acerca de 40 km da residência do sr. Verde.

O sr. Verde sempre trabalhou como compositor gráfico até à aposentação. Após a reforma ficou com um rendimento mensal bruto próximo do ordenado mínimo nacional, 600 euros.

É católico não praticante. Como hobbies refere que gostava bastante de campismo e que, antes de enviudar, viajava anualmente pelo país. Refere ser adepto de futebol e gostar de assistir aos jogos no próprio estádio, acrescentando que atualmente não o faz por sentir-se mais debilitado fisicamente. Atualmente diz que ocupa o tempo a ver televisão, principalmente filmes. Apesar de ter uma coleção generosa de livros, refere não ter paciência para ler.

Contexto de vida: conhecer a singularidade da pessoa idosa

Situação sociofamiliar: Enviuvou aos 68 anos após o falecimento da mulher como consequência de complicações associadas à Diabetes *Mellitus* tipo II (DMII). Desde então permaneceu sozinho e a residir no mesmo apartamento. Mostra algum

ressentimento relativamente à forma como foi feito o acompanhamento de saúde da mulher relativamente à DMII.

Atualmente sai de casa para fazer pequenas compras, tratar de alguns assuntos relacionados com a sua situação de saúde (ir à USF e à fisioterapia). Tem apoio de uma sobrinha para realização de algumas tarefas instrumentais de vida diária como lavar e passar a ferro a roupa e limpeza da casa.

Os rendimentos auferidos pelo sr. Verde provêm apenas da reforma e não ultrapassam o ordenado mínimo nacional, no entanto, a sua situação económica não foi considerada, por este, como um problema acrescido.

Tal como será observado seguidamente no genograma³⁶, alguns elementos da família descendente são o apoio principal e único. Apesar dos constrangimentos relacionados com a distância e o tipo de trabalho, o filho liga regularmente para o sr. Verde. E, a cada 15 dias, este vai passar o fim de semana com o filho, nora e netos.

Apesar da relação de proximidade existente, o sr. Verde confessa que não partilha todas as suas preocupações e/ou problemas com o filho, para o não sobrecarregar ou aborrecer. Neste sentido, segundo a perceção do mesmo, o seu filho não tem a noção de algumas situações de saúde acerca do mesmo, tais como as quedas frequentes, a maior debilidade, a progressiva perda de memória e alimentação deficitária. Para avaliarmos a família e a sua funcionalidade utilizamos a escala de APGAR familiar, versão portuguesa (Agostinho, 1988). A mesma revelou que, apesar do sr. Verde nem sempre se encontrar satisfeito com o tempo passado com a família, a mesma é altamente funcional (9 pontos em 10).

O genograma seguinte representa a estrutura familiar do sr. Verde, bem como o tipo de relacionamento entre todos.

³⁶ Representação gráfica que permite rapidamente compreender a composição e os vínculos existentes entre os diversos elementos da família (Wright & Leahey, 2011).

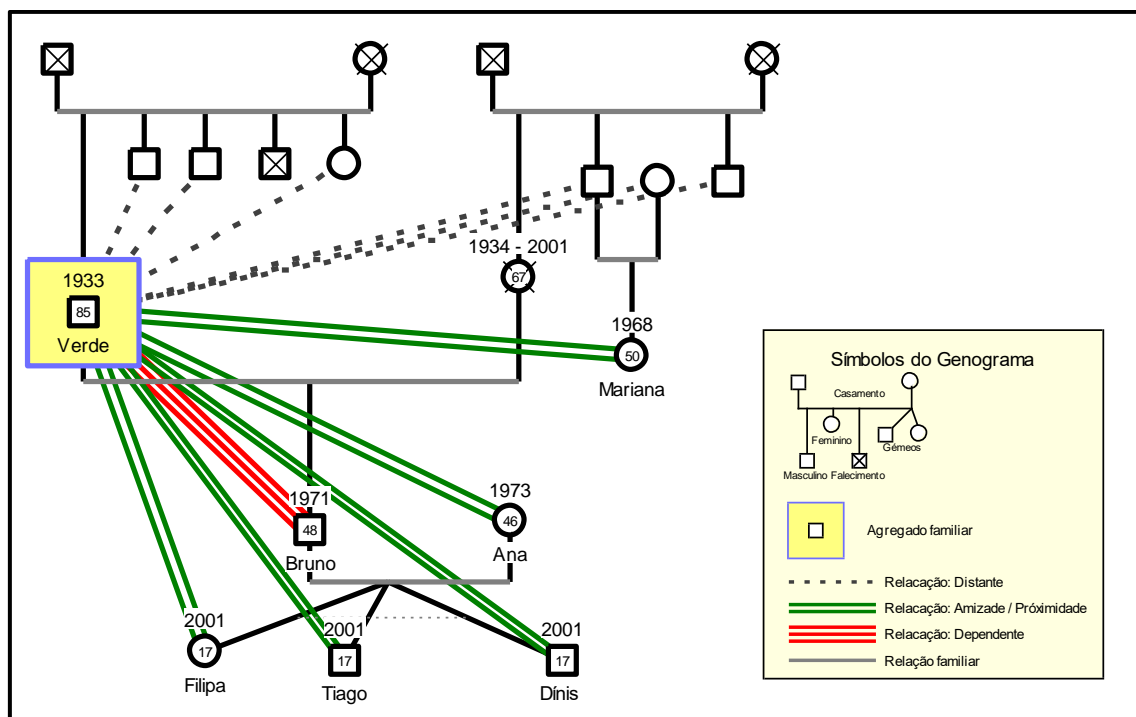


Figura 1- Genograma da família do sr. Verde

Condições habitacionais: Pouco tempo após a mudança para Lisboa e, antes do casamento, o sr. Verde foi residir para uma casa arrendada à câmara municipal. Esta, com uma renda bastantes reduzida, localiza-se num terceiro andar sem elevador. A fachada da mesma apresenta sinais visíveis de degradação, no entanto, sem aparente risco de queda. Ao lado da mesma existe uma casa devoluta em ruínas que aguarda a demolição. A entrada de acesso ao andar é comum aos três pisos. A porta tem campainha, sem intercomunicador, e pode ser aberta a partir da residência. As escadas de acesso aos andares têm corrimão bilateral, são de madeira, ingremes e relativamente estreitas. O interior do prédio está igualmente deteriorado.

A casa do sr. Verde é um apartamento pequeno com quatro divisões. Está um pouco degradado e tem janelas de ferro que conferem pouco isolamento térmico e acústico (muito quente no verão e fria no inverno). Tem luz elétrica, gás canalizado, água da companhia e pacote de televisão com telefone. A cozinha, equipada com os eletrodomésticos básicos, tem ligação a um terraço com vista para a traseira do prédio. A casa de banho tem sanita, bidé e banheira, e não possui barras de apoio.

Rede de apoio: Após a morte da sua mulher, o filho procurou providenciar um centro de dia para o sr. Verde, no entanto, este mostrou-se um pouco renitente a este tipo de apoio alegando fatores de índole financeira. Atualmente não tem qualquer tipo de apoio social.

A nível de instituições de saúde recorre regularmente aos serviços médicos e de enfermagem da USF, e é seguido, no CHULN, nas consultas de especialidade médica de dermatologia, ortopedia, cardiologia e urologia.

O Sr. Verde sai muito poucas vezes de casa e passa longas horas a ver televisão.

A figura seguinte representa o Ecomapa³⁷ do sr. Verde.

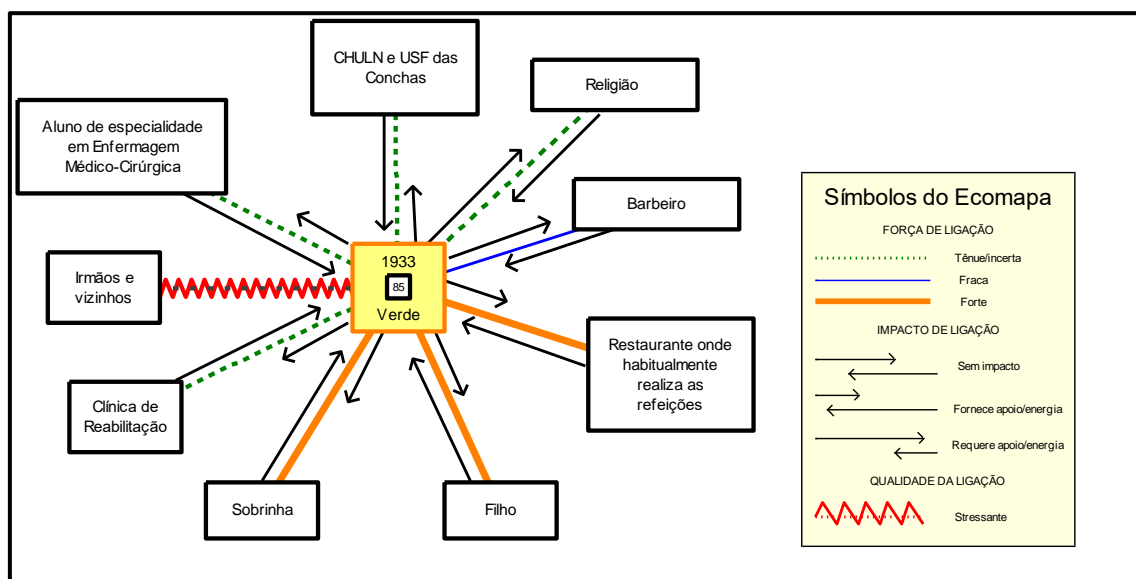


Figura 2 – Ecomapa do sr. Verde.

Envolver-se

Nesta fase procura-se aprofundar uma relação de cooperação, qualidade e confiança, que permita identificar as particularidades da pessoa idosa, conhecer o seu projeto de saúde e vida e orientar a intervenção de enfermagem. Tal envolvimento exige que o enfermeiro valorize o tempo e espaço da relação entre ambos (Gomes, 2016). Esta fase é transversal a todas as restantes e inicia-se paralelamente à anterior. A partir do momento em que o enfermeiro e o cliente se revelam, simultaneamente, começam a estabelecer uma relação de confiança e cooperação, ou seja, a envolver-se.

A realização de uma segunda visita domiciliar revelou-se muito importante no processo de envolvimento. De fato, como o modelo de parceria indica, a criação de tempo e espaço para o cliente, permite conhecê-lo melhor, dar-lhe confiança e criar um ambiente propício para o estabelecimento de compromissos. Como fatores

³⁷ Representação gráfica do relacionamento recíproco dos elementos da família com os subsistemas que a rodeiam, como por exemplo, o trabalho, a igreja, as instituições de saúde, entre outros (Wright & Leahey, 2011).

relevantes a salientar do primeiro para o segundo encontro com o sr. Verde, destacam-se o fato de o mesmo se encontrar mais comunicativo, revelar algumas situações do seu estado de saúde atual que omitiu inicialmente e mostrar-se mais recetivo ao apoio nas atividades de vida que não é capaz de realizar de forma independente.

Neste segundo contato com o Sr. Verde percebeu-se que o número de refeições não eram exatamente as 5 que o mesmo descreveu, mas sim 2 ou 3, e que a qualidade e quantidade das mesmas era deficitária. Não cumpria horários para as refeições, alimentava-se maioritariamente à base de sopas prontas a consumir que comprava no hipermercado.

O sr. Verde revelou que no prédio não tem uma relação próxima com os vizinhos, na rua onde reside não tem amigos e o filho e sobrinha são os únicos familiares chegados. A sua relação com a restante família, irmãos e cunhados/as, é quase inexistente.

Se na primeira visita domiciliar se mostrou pouco motivado para receber qualquer tipo de apoio, neste contato pareceu mais recetivo. Remetendo mesmo uma decisão sobre possíveis apoios para o filho. Neste sentido, pareceu-nos importante, no respeito da autonomia manifestada pelo sr. Verde, estabelecer um contacto com o respetivo filho, ficticiamente chamado Sr. Bruno. Apesar do mesmo não estar inscrito na USF procedeu-se a um contacto e posterior agendamento de uma reunião, com o objetivo de conhecer a perceção que tinha sobre o estado de saúde do pai, bem como das suas necessidades.

A reunião com o Sr. Bruno foi importante e esclarecedora. Foi possível perceber que o filho tem muita estima pelo pai, que se preocupa com o seu bem-estar, mas que não tem uma noção clara do seu estado real, nomeadamente dos seus frequentes lapsos de memória, do seu estado nutricional e dos seus hábitos de descanso. O mesmo referiu que o pai é uma pessoa introvertida que partilha pouco os seus sentimentos e preocupações e que valoriza muito a questão financeira. Contou alguns episódios que aconteceram durante as visitas do sr. Verde a sua casa que confirmaram as alterações cognitivas, nutricionais e de locomoção seguidamente descritas e avaliadas.

História de saúde/doença atual da pessoa idosa

No processo informático do sr. Verde existem registos apenas a partir de 2010, altura em que o mesmo transitou de um UCSP para a atual USF. Da análise do mesmo foram identificados diversos antecedentes pessoais patológicos e cirúrgicos: cardiopatia isquémica (seguindo na cardiologia do CHULN onde foi submetido a cirurgia de revascularização em 1999); Diverticulose e pólipos do cólon (há referência a 3 colonoscopias realizadas nos últimos 8 anos, última em 2012); hérnia inguinal bilateral (realizou herniorrafia bilateral à esquerda em 2004 e há direita em 2012); poliartrose (membros superiores e inferiores); talalgia e síndrome do ombro doloroso (em 2011 após queda); catarata esquerda (é seguido em oftalmologia no CHULN, onde foi operado em 2012), hipertensão arterial; hipertrofia benigna da próstata (é seguido no serviço de urologia); cálculos renais (em 2014 e 2016); úlcera no pé direito (associado a tratamento a calo inadequado, realizado pelo próprio cliente); fratura proximal do úmero esquerdo com posterior colocação de prótese total do ombro invertida (em 2017 após queda); e dislipidemia. Não são conhecidas reações alérgicas a medicamentos ou alimentos.

Esteve hospitalizado algumas vezes no CHULN, sendo que o seu último internado foi em 2017, aquando da fratura do ombro esquerdo. Aí, foi avaliado pela fisioterapia e iniciou programa de medicina física de reabilitação que manteve, em contexto hospitalar, durante algum tempo. Após o término das sessões hospitalares, por indicação da fisiatra, manteve reabilitação em clínica privada. Em outubro do presente ano (2018) iniciou novo ciclo de fisioterapia em clínica privada, no entanto, após duas sessões (de 15 programadas), suspendeu-as e pediu que fossem reagendadas. O motivo para tal pedido prendia-se como fato de estarem programadas para muito tarde, fazendo com que o mesmo chegasse a casa de noite, se sentisse inseguro e sem tempo para preparar o jantar. O sr. Verde refere que gostava de voltar à fisioterapia, mas que ainda se mantém a aguardar contacto.

O sr. Verde está polimedicado³⁸ com cinco fármacos segundo demonstra a tabela seguinte. Este refere ser responsável pela gestão da sua medicação, na medida em que se desloca à USF para pedir receituário, vai à farmácia adquirir os medicamentos e controlar a sua administração.

³⁸ Segundo Henriques (2013) considera-se polimedicação quando existe o consumo em simultâneo de 4 ou mais fármacos.

Medicamento	Grupo	Dose	Via	Frequência
Ácido acetilsalicílico	Antiagregante plaquetário	150 mg	Oral	Almoço
Finasterida	Antiandrógeno	5 mg	Oral	Peq. Almoço
Lercanidiptina	Bloqueadores canis de cálcio	10 mg	Oral	Almoço
Bisoprolol	Beta Bloqueadores	2,5 mg	Oral	Peq. Almoço
Pravastatina	Antidislipémicos	40 mg	Oral	Jantar

Tabela 1 - Esquema de medicação atual do sr. Verde

Avaliação multidimensional da pessoa idosa³⁹

Domínio psicológico e mental: O sr. Verde encontra-se vígil e orientado na pessoa (auto e alopsiquicamente), espaço e no tempo. Manifesta lapsos de memória para factos recentes, que segundo o mesmo acontecem com mais frequência há cerca de 2 anos. A aplicação do Mini Exame do Estado Mental, versão portuguesa (Guerreiro, Silva, Botelho, Caldas, Leitão & Garcia, 1994) revela défice cognitivo moderado (orientação: pontua 10 em 10; retenção: pontua 3 em 3; atenção, cálculo e evocação: pontua 0; linguagem: pontua 7 em 8; e habilidade construtiva: pontua zero). Refere ainda sentir-se mais triste, com períodos de ansiedade e nervosismo e que, por vezes, não é capaz de lidar com algumas situações do dia-a-dia (segundo o Indicador de Fragilidade de Tilburg [IFT] [Coelho, 2014], na fragilidade psicológica, tem pontuação máxima: pontua 4 em 4 possíveis). Tais sintomas pareciam apontar para um quadro depressivo, pelo que se considerou pertinente a utilização da Escala de Depressão Geriátrica abreviada (GDS – 15) (Apóstolo, 2011). Após a sua aplicação confirmou-se a presença de depressão ligeira (score 8 – depressão ligeira).

Domínio físico e funcional: Pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem outras alterações visíveis a nível da integridade da pele.

Apresenta pequena hérnia redutível na fossa ilíaca direita a nível da cicatriz resultante da herniorrafia inguinal realizada em 2012. Associada à mesma refere dor intermitente de intensidade ligeira a moderada (intensidade 4/5 segundo a escala numérica da dor) (refere, por vezes, automedicar-se com paracetamol, acrescentando alívio de sintomas com tal terapêutica). Esta manifesta-se aquando de movimento de

³⁹ Processo que permite identificar a situação de saúde/problemas da pessoa idosa e, como tal, estabelecer planos de intervenção direcionados para as suas prioridades e necessidades identificadas (Ermida, 2014)

flexão do tronco (levantar-se da cama ou de uma cadeira). Restantes sinais vitais (tensão arterial, respiração, temperatura, frequência cardíaca) dentro dos parâmetros normais [Tensão arterial (TAS:100 -140 mmHg; TAD: 70 – 80 mmHg), Respiração (13 – 19 rpm), temperatura (36 – 36,5 ° C), frequência cardíaca (70 – 85 bpm)].

Não apresenta dificuldade a nível da audição. A visão ao longe está mantida, necessitando apenas de óculos para ler. A fala é perceptível e não denotando nenhum distúrbio.

O sr. Verde realiza habitualmente cinco refeições por dia (pequeno almoço, meio da manhã, almoço, lanche e jantar), no entanto, o horário das mesmas varia frequentemente. Refere que muitas vezes almoça por volta das 15h e chega a jantar próximo das 22 horas. Alimenta-se ao pequeno almoço em casa e por vezes almoça e janta num restaurante próximo da sua residência. Às refeições principais ingere habitualmente bebidas alcoólicas, que quantificou em 1 copo de vinho ou cerveja por dia. Quanto à ingestão hídrica reconhece ser deficitária, menos de 1 litro de água por dia. No processo de enfermagem verificou-se que uma perda ponderal de 7 kg, desde 2015, pelo que nos pareceu necessário proceder à avaliação do seu estado nutricional utilizando a *Mini Nutricional Assessment* (escala disponível do site da *Nestlé Nutrition Institute*⁴⁰). Assim, da avaliação da mesmo percebemos que, apesar de manter um índice de massa corporal e peso ajustado à sua idade, o mesmo estava em risco de desnutrição, associado aos seguintes fatores: perda de peso nos últimos 3 meses problemas neuropsicológicos, reduzido consumo de leguminosas ou ovos, défice de consumo de fruta diariamente e reduzida ingestão de líquidos. Não manifestou nenhuma dificuldade na deglutição. Apresenta falta de peças dentárias, no entanto, não utiliza prótese dentária.

É continente intestinal, acrescentando que, contrariamente ao que acontecia até há pouco anos, evacua diariamente fezes de características normais. A nível vesical refere apresentar períodos de incontinência de urgência. Nega outro tipo de alterações.

Deita-se habitualmente tarde (2/3 horas da manhã) e dorme cerca de 7 horas. Afirma não ter alterações no padrão do sono e adormecer muito rapidamente.

A atividade motora está visivelmente condicionada, nomeadamente a marcha e o equilíbrio. Perante esta observação optou-se por realizar uma avaliação mais

⁴⁰ https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf

rigorosa à capacidade de locomoção. Assim, utilizou-se a escala de Tinetti (Petiz, 2002) que, através do teste do equilíbrio e de marcha, permitiu evidenciar um elevado risco de queda (pontua 12 em 28), que se tem efetivamente confirmado. Desde 2017 tem apresentado frequentes quedas na via pública, que se associa à diminuição da força dos membros inferiores e aumento de desequilíbrio. Segundo a *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC, 1943) tem força 4 em 5, ou seja, movimento completo dos membros inferiores contra resistência moderada e contra gravidade (consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força). Como consequência mais grave desses episódios fraturou, como já descrevemos anteriormente, o úmero esquerdo e ficou com limitação funcional do membro superior esquerdo. A fisioterapia realizada, quer em contexto de internamento e no período pós-alta hospitalar permitiu melhorar o grau de mobilidade do membro superior esquerdo.

Apresenta bons cuidados de higiene corporal e oral, bem como roupa limpa e cuidada. No sentido de se perceber a sua dependência relativamente às atividades de vida diárias e instrumentais, optou-se por aplicar duas escalas de avaliação a de Barthel (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) e a de Lawton e Brody (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008). O resultado revela que o sr. Verde é independente nas atividades de vida diárias (Barthel 95 pontos em 100), apresentando apenas acidentes ocasionais de incontinência; e moderadamente dependente nas atividades instrumentais de vida diária; necessitando de ajuda para as tarefas pesadas da casa; lavar as peças de roupas maiores; pagar as contas e ir ao banco (Lawton e Brody, 11 pontos em 8).

A apreciação do seu domínio físico, segundo o IFT, demonstra que o mesmo não se sente fisicamente saudável e que tem problemas na sua vida diária devido ao cansaço físico, à diminuição da força a nível das mãos e às dificuldades na marcha e na manutenção do equilíbrio (neste domínio pontua 5 em 7).

Domínio psicossocial e mental: O sr. Verde não recebe qualquer tipo de apoio social. A análise da escala de Gijon (Mourão, 2008), revela que o mesmo apresenta um risco social intermédio (14 pontos em 25). Como fatores contribuintes para esse resultado destacam-se o facto de viver só e a família residir longe, receber uma reforma próxima do salário mínimo nacional, habitar num prédio com algumas barreiras arquitetónicas (prédio sem elevador e com estadas de acesso ao andar

ingremes e com degraus estreitos) e de manter relações sociais apenas com família. Contudo, importa acrescentar que, apesar do valor de reforma auferido, o mesmo não considera, equacionado as suas despesas, a sua situação económica como problemática ou preocupante.

A pontuação obtida na avaliação deste domínio (social) (pontuação máxima 3 em 3), utilizando o IFT, foi máxima (3 em 3 pontos). Tal valor traduz uma situação preocupante a nível social, pois é significativa que o sr. Verde reside sozinho, sente solidão e tem falta de apoio sociofamiliar.

Capacitar ou possibilitar

Esta fase caracteriza-se pela ação conjunta na construção de competências na pessoa idosa/cuidador para agir e decidir de forma esclarecida valorizando sempre a partilha dos significados pessoais da experiência vivenciada e os conhecimentos de cada um (Gomes, 2016). Tal ação deverá promover a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil de dependência da pessoa idosa (Gomes, 2016). Nesta etapa o enfermeiro deverá transmitir conhecimentos, refletir em conjunto, definir objetivos e negociar as suas intervenções, sempre com a finalidade de potenciar as capacidades da pessoa idosa, responder às suas expectativas de vida e saúde e promover o cuidado de si (por si ou pelo outro).

O conhecimento adquirido acerca do contexto de vida, as expectativas e experiências pessoais, a história de saúde/doença e a avaliação multidimensional do sr. Verde permitiram identificar diversas situações de saúde merecedoras de um plano de ação conjunta. Em conjunto com o sr. Verde e o sr. Bruno foram sinalizados os problemas emergentes e definidos objetivos de intervenção. Neste sentido, foi desenvolvido um plano de cuidados de enfermagem (apresentado na fase seguinte), constituído por um conjunto de intervenções pensadas para dar resposta aos seguintes problemas diagnosticados: debilidade física marcada, alterações cognitivas, alteração na locomoção, desnutrição, o isolamento social e a falta de apoio em algumas atividades de vida instrumentais. Trata-se de um plano de enfermagem que valoriza as experiências de saúde/doença vivenciadas, o contexto de vida pessoal, a capacitação da pessoa idosa/cuidador e o compromisso.

Durante as visitas domiciliárias e a reunião realizada com o Sr. Bruno promoveram-se espaços de reflexão acerca do estado de saúde atual do sr. Verde, das suas necessidades e potencialidades, bem como das estratégias e meios de

resposta existentes. Foram transmitidos conhecimentos sobre as melhores estratégias promotoras da melhoria da sua debilidade física, cognitiva e social. Mais concretamente ensinou-se sobre: os cuidados a ter para minimizar o risco de queda (organização de espaço no domicílio, voltar a frequentar a fisioterapia, adquirir um apoio de marcha, entre outros); os exercícios físicos para melhorar a sua performance física; o regime alimentar (qualidade, quantidade e frequência); e os apoios sociais existentes na comunidade (centro de dia, serviço de apoio ao domicílio).

Comprometer-se

Gomes (2016) refere que a pessoa idosa e o enfermeiro têm que conjugar esforços para atingir os objetivos previamente delineados necessários ao controlo e progressão do projeto de vida e saúde. Assim, deverá existir um acompanhamento e comprometimento do enfermeiro para com a pessoa idosa no sentido de promover que a mesma siga a sua trajetória de vida. Tal obriga o mesmo a procurar soluções criativas que melhor respondam às necessidades concretas da pessoa e do seu contexto de vida (Gomes, 2016).

Após a consciencialização do sr. Verde e seu filho sobre os problemas de saúde identificados, estabeleceu-se um compromisso de ação com ambos, espelhado no plano de cuidados de enfermagem. O seu objetivo consistia em melhorar a capacidade mental, física e social do sr. Verde no sentido de o mesmo assegurar o cuidado de si.

A negociação e o compromisso inerentes ao plano de cuidados foi sendo desenvolvida ao longo dos encontros com ambos. Um dos pontos que, claramente, o sr. Verde mais receava relacionava-se com os custos associados aos apoios sociais, nomeadamente os valores e as opções existentes. Considerando as necessidades identificadas e o seu contexto de vida concordou-se que a instituição de apoio social, localizada nas proximidades da sua casa e denominada CAJIL (Centro de Apoio a Jovens e Idosos), nomeadamente o seu serviço de refeições no centro de dia, seria uma alternativa viável e aconselhável. Em reflexão com o sr. Verde tentou-se esclarecer de que forma a sua deslocação à respetiva instituição poderia melhorar significativamente os seus domínios físico, psicológico e social. Pois através do apoio da mesma seria-lhe asseguradas refeições regulares e adequadas e o mesmo poderia conviver com outras pessoas de diferentes faixas etárias, contribuindo para o

equilíbrio do seu estado nutricional, diminuição da sua fraqueza física, estimulação da sua cognição e combate ao isolamento social.

Após clarificação e consciencialização sobre as alternativas existentes o mesmo remeteu uma decisão sobre esta matéria para o filho, deixando sempre claro que a mesma dependeria das condições económicas. Assim, estabeleceu-se um compromisso que falaríamos com o sr. Bruno no sentido de determinarmos a melhor solução.

A reunião com o sr. Bruno, como consequência da vontade expressa pelo sr. Verde, foi um momento importante, pois permitiu uma aproximação entre a realidade e a perceção que o mesmo tinha sobre o estado de saúde do pai. Foi também fundamental para o estabelecimento de compromissos que garantissem e assegurassem o cuidado do sr. Verde (cuidado do outro). Debateu-se os problemas identificados, as alternativas existentes e as expectativas do seu pai. Neste sentido, o sr. Bruno comprometeu-se a reunir com a assistente social do CAJIL, para averiguar as condições económicas envolvidas no apoio para as refeições, e a esclarecer a situação relativa ao centro de reabilitação (como relatado anteriormente o sr. Verde estava supostamente a aguardar remarcação de sessões).

Assumir o controlo de si ou assegura o cuidado do outro

A quinta fase do modelo consiste no culminar de todas as anteriores. Aqui pretende-se que a pessoa idosa consiga controlar o seu projeto de saúde e vida, ou que, no caso a mesma não seja capaz, o cuidador tenha competências para tal (Gomes, 2016).

Após as reuniões com ambos, pai e filho, os mesmos demonstraram conhecimentos sobre os diagnósticos identificados e as intervenções necessárias para a sua prevenção. O sr. Verde foi capaz de perceber que o seu regime alimentar não era o mais adequado, tinha um elevado risco de queda, estava socialmente isolado e a perder capacidades cognitivas. Tais problemas foram também percecionados pelo Sr. Bruno. No entanto, mais importante que a sua perceção sobre o estado de saúde, foi o desenvolvimento de competências para responder a tais desafios.

Perante as necessidades identificadas, foram negociadas estratégias de ação, assentes em objetivos comuns e na partilha do poder de decisão. A tabela seguinte

apresenta de forma esquematizada os diagnósticos de enfermagem identificados, as intervenções desenvolvidas e os compromissos estabelecidos.

O conhecimento adquirido sobre a condição de saúde do Sr. Verde, o seu contexto de vida e as suas expectativas permitiu a elaboração de um plano de cuidados personalizado. O mesmo, abaixo apresentado, está organizado segundo os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem propostas, os compromissos estabelecidos e os cuidados assegurados ou assumidos pelos sr. Verde e filho. O respetivo plano resultou de aplicação de vários métodos de recolha de dados, tais como a observação direta, a entrevista semiestruturada e a avaliação multidimensional da pessoa idosa. A filosofia orientadora dos cuidados de enfermagem assentou na teoria de Collière (1999, 2001) e no modelo de parceria de Gomes (2016).

Diagnósticos de enfermagem	Capacitar/ possibilitar	Comprometer-se		Assumir ou assegurar cuidado de si
	Intervenções de enfermagem	Enfermeiro	Sr. Verde e cuidador	
Fragilidade atual relacionada com cansaço físico; dificuldades na marcha, equilíbrio, falta de força nas mãos e cansaço físico; problemas de memória, sentimento de tristeza nervosismo e ansiedade; residir sozinho e não receber apoio suficiente de outras pessoas e manifestada por alterações a nível dos domínios físico, psicológico e social (IFT).	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a fragilidade através da aplicação do Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT); • Envolver o filho no processo de cuidado do outro; • Informar o sr. Verde e seu filho sobre a problemática e consequências da fragilidade; • Informar sobre as estratégias existentes para estimular e prevenir a deterioração cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ler; ○ Realizar jogos de raciocínio (palavras-cruzadas, sopa de letras, jogo das diferenças, sudoku, dominó, cartas); ○ Praticar exercício físico; ○ Alimentar-se adequadamente; ○ Adquirir hábitos de sono regular e de qualidade; ○ Interagir socialmente • Realizar ensinamentos sobre medidas que promovam a melhoria das capacidades físicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exercício físico (treino de força, equilíbrio e velocidade); ○ Exercícios orientados para o treino das ABVD e das AIVD; • Ensinar sobre estratégias de gestão emocional; • Informar sobre a rede de apoios de âmbito social existentes na comunidade (Centros de dia, Lares, Centros de Convívio), no sentido de diminuir o seu sentimento de solidão; • Reavaliar mensalmente a fragilidade através do IFT; 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro comprometeu-se a promover a melhoria da performance física, capacidade cognitiva e estado emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde comprometeu-se a visitar com certa regularidade o enfermeiro de família da USF, para reavaliação da sua fragilidade; • O sr. Verde comprometeu-se que iria contactar a clínica de reabilitação no sentido de volta rapidamente a realizar fisioterapia; • O sr. Verde comprometeu-se em realizar algumas das atividades propostas para a melhoria, ou não deterioração, das suas capacidades cognitivas. • O sr. Bruno comprometeu-se a supervisionar o pai na concretização das atividades negociadas com o enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde tem consciência sobre a sua fragilidade e a problemática da mesma; • O sr. Bruno recolhesse a fragilidade do pai; • O sr. Verde tem conhecimento sobre as medidas que promovem a melhoria das capacidades físicas, cognitivas e emocionais; • O sr. Verde e filho reconhecem a necessidade de alargar a rede de interação social do primeiro; • O sr. Verde e o filho conhecem os recursos sociais da comunidade;

<p><u>Risco de queda atual</u> relacionado com alteração do equilíbrio, diminuição da força dos membros inferiores (MI's) (4/5 - <i>Medical Research Council Scale</i>) e história de quedas recentes e manifestado por com elevado risco de queda (escala de Tinetti),</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda através da aplicação da escala de Tinetti; • Avaliar a força dos membros inferiores através da aplicação da escala de Lower; • Envolver o filho no cuidado do outro; • Ensinar o sr. Verde e filho e sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consequências das quedas; ○ Como gerir o ambiente físico em casa (retirar tapetes, organizar os objetos e moveis que possam obstruir a livre circulação pela casa); ○ Técnica de transferência (do leito, do sofá, da cadeira); ○ Técnica de marcha; ○ Apoios (unilaterais ou bilaterais) de marcha existentes para minimizar o risco de desequilíbrio e de queda; ○ Vestuário e calçado mais adequado para reduzir o risco de queda; • Incentivar e reforçar a necessidade de regressar à clínica de fisioterapia; • Orientar para a médica de família no sentido de requerer novo ciclo de sessões de fisioterapia; • Capacitar o Sr. Bruno para o acompanhamento do pai no contacto à clínica de fisioterapia e na compra de material de apoio e de prevenção da queda (calçado adequado, reorganizar os moveis da casa, providenciar apoios de marcha); • Validar conhecimentos transmitidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro comprometeu-se a promover a melhoria da capacidade de marcha e a reduzir o risco de quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde irá contactar novamente a clínica de fisioterapia para perceber o motivo da demora da remarcação das novas sessões; • O sr. Bruno irá ajudar o pai a contactar a clínica de fisioterapia e a comprar material de apoio à marcha; • O sr. Verde comprometeu-se a visitar com certa regularidade o enfermeiro de família da USF, para reavaliação de risco de queda e da força dos MI's, reforço dos ensinamentos realizados e esclarecimentos de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde reconhece, tal como o filho, que tem risco de queda aumentado; • O sr. Verde reconhece, tal como o seu filho, a importância de volta a frequentar a clínica de fisioterapia, • O sr. Verde tem conhecimentos sobre as consequências das quedas, a gestão do ambiente físico do domicílio, as técnicas de transferência e marcha, apoios de marcha existentes e sobre vestuário e calçado adequados; • O sr. Bruno já contactou a clínica para reagendar novas sessões de fisioterapia.
<p><u>Dor atual</u> relacionada com hérnia inguinal direita manifestada por dor de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a dor utilizando as escalas mais adequadas (escala da dor numérica, qualitativa ou das faces); • Ensinar o sr. Verde sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ As medidas preventivas existentes de exacerbação da hérnia inguinal (exercício regular adequado, hidratação, 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro comprometeu-se a ajudar a promover a gestão /control a dor. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde comprometeu-se a reforçar a hidratação e aumentar o consumo de fibras. • O sr. Verde vigiará os sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde tem conhecimentos sobre as medidas que previnem a exacerbação da hérnia inguinal, a técnica de mudança de posição, bem como os sinais e sintomas de alarme relativamente à mesma;

intensidade 4/5 à flexão do tronco (escala numérica da dor)	<p>consumo de alimentos ricos em fibras, evitar levantamento de objetos pesados);</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Técnica de mudança de posição por forma minimizar a dor provocada pela hérnia inguinal; ○ A terapêutica analgésica a utilizar em SOS em caso de dor moderada a intensa; ○ Sinais e sintomas de alerta relativamente à hérnia inguinal; <ul style="list-style-type: none"> • Orientar o indivíduo para a USF em caso de dor persistente e/ou detete sinais de alarme a nível da hérnia inguinal.; • Validar conhecimentos transmitidos. 		<p>relativamente à hérnia inguinal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a dor for moderada a intensa e persistente o sr. Verde fará medicação analgésica; • Se a dor for persistente, verificar sinais ou experienciar sintomas de alerta irá à USF. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde conhece quais as medidas farmacológicas adequadas para a gestão da sua dor; • O sr. Verde sabe como proceder em caso de dor persistente ou detete sinais de alarme a nível da hérnia inguinal.
<u>Ingestão de alimentos deficitária</u> relacionado com a falta de capacidade física para ir às compras com regularidade e transportar grande quantidade de produtos comprados manifestado por um risco de desnutrição (Mini Nutricional Assessment)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o seu estado nutricional recorrendo ao instrumento de avaliação Mini Nutricional Assessment; • Reforçar a importância de uma alimentação saudável e equilibrada; • Envolver a família no processo de cuidado de si; • Refletir com o sr. Verde e o filho a solução mais adequada para melhorar a qualidade, quantidade e frequência das suas refeições; • Incentivar o reforço hídrico, o aumento da ingestão de alimentos ricos em proteínas, micronutrientes (cálcio, vitaminas D, B12, B6) e fibras; • Informar sobre possibilidade de consultar nutricionista para a elaboração de plano de alimentar personalizado; • Orientar o sr. Verde e sr. Bruno para a assistente social da unidade de saúde ou de uma IPSS, no sentido de assegurar o apoio alimentar; • Monitorizar regularmente o peso corporal e IMC 	<p>O enfermeiro comprometeu-se a ajudar a promover a melhoria do regime alimentar do sr. Verde em termos de qualidade, quantidade e frequência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Bruno compreendeu -se a ajudar o pai a melhor o seu estado nutricional; • O sr. Bruno comprometeu-se em contactar o CAJIL (IPSS [Instituição Particular de Solidariedade Social] próxima da residência do sr. Verde) para assegurar que o pai tenha apoio para as refeições; • O sr. Verde comprometeu-se em aumentar a quantidade de ingestão hídrica e proteica diária; • O sr. Verde comprometeu-se em deslocar-se à regularmente ao USF 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde compreendeu, tal como o filho, a necessidade de melhor o seu regime alimentar termos de qualidade, quantidade e frequência; • O sr. Verde tem conhecimentos sobre alimentação saudável e equilibrada; • O sr. Bruno refere estar mais atento ao regime alimentar do pai; • O sr. Bruno tem conhecimento sobre os recursos sociais existentes na comunidade na área do apoio alimentar; • O sr. Verde e filho têm conhecimento da existência na USF nutricionista e assistente social, bem como dos seus respetivos papeis.

			para avaliação do estado nutricional, peso e IMC.	
<u>Problema na Continuidade de cuidados</u> relacionado com a necessitando de ajuda para as tarefas pesadas da casa; lavar as peças de roupas maiores; pagar as contas e ir ao banco manifestado por dependência moderada nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Escala de Lawton & Brody)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de dependência utilizando as escalas de Barthel e a de Lawton & Brody, • Contactar o filho no sentido de providenciar apoio para as AIVD que o sr. Verde não é capaz de realizar; • Informar sobre as IPSS existentes nas proximidades que possam fornecer os serviços de apoio domiciliário necessários. • Orientar o sr. Verde e sr. Bruno para a assistente social da unidade de saúde ou de uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro comprometeu-se a tentar garantir apoios para que o sr. Verde tenha assegurada a realização das AIVD do qual não é capaz de executar. 	<ul style="list-style-type: none"> • O filho foi informado sobre as IPSS que fornecem serviços de apoio domiciliário, tendo-se comprometido a garantir o apoio necessários para que o pai possa realizar as AIVD que não é capaz 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Bruno tem conhecimento sobre a AIVD que o pai não é capaz de executar, bem como sobre as IPSS existentes na comunidade capazes de suprimir tais necessidades; • O sr. Bruno irá assegurar as AIVD não realizadas pelo pai até que as mesmas sejam asseguradas pela sobrinha ou alguma IPSS. • O sr. Verde e o filho têm conhecimentos sobre os recursos existentes na comunidade relativamente apoios sociais (assistente social na USF, IPSS da zona)
<u>Cognição comprometida</u> relacionado com associado ao envelhecimento fisiológico e à diminuição de	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado mental utilizando o Mini Mental State Examination (MMSE), • Incentivar a manutenção da independência nas AIVD, • Ensinar sobre os défices cognitivos associados ao envelhecimento normal (aprendizagem, atenção, memória, velocidade de processamento, capacidades visuo-espaciais); importância de realizar exercícios de estimulação cognitiva; 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro compromete-se a promover estratégias que melhorem a memória do sr. Verde. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde reconhece os seus défices cognitivos e comprometeu-se em realizar algumas das atividades propostos. • O sr. Verde demonstra vontade em manter a sua independência nas AIVD. • O sr. Bruno comprometeu-se a estar mais atento aos sinais 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde, tal como o filho, reconhece os seus défices cognitivos; • O sr. Verde tem conhecimentos sobre os défices cognitivos normais para a idade, bem como quais as estratégias existentes para estimular e prevenir a sua deterioração;

estimulação cognitiva manifestado por déficit cognitivo moderado (Mini Exame do Estado Mental)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre as estratégias existentes para estimular e prevenir a deterioração cognitiva [Ler; realizar jogos de raciocínio (palavras-cruzadas, sopa de letras, jogo das diferenças, sudoku, dominó, cartas); praticar exercício físico; alimentar-se adequadamente; adquirir hábitos de sono regular e de qualidade; interagir socialmente] • Envolver a família no processo de cuidado do outro. 		<p>que possam evidenciar agravamento do estado cognitivo.</p>	
<u>Isolamento social comprometido</u> relacionado com rede de interação social reduzida manifestado por risco social intermedio (Escala de Gijón)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco social utilizando a escala de Gijón, • Envolver o filho no cuidado de outro; • Informar sobre as consequências associadas ao isolamento social (degradação das capacidades cognitivas e transtornos emocionais); • Informar o sr. Verde o seu filho sobre as alternativas (apoios) existentes na comunidade para minimizar o problema do isolamento social: <ul style="list-style-type: none"> – Serviço de apoio ao domicílio (a salientar atividades de animação e socialização); – Centro de dia; – Centro de convívio. • Refletir com o sr. Verde e o filho sobre as estratégias existentes na comunidade que permitam reduzir o seu isolamento social; • Informar sobre possibilidade de contactar assistente social da USF no sentido de conhecer as alternativas e apoios sociais existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro comprometeu-se a desenvolver estratégias que promovam o aumento das relações sociais do sr. Verde. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde comprometeu-se a tratar com o filho de arranjar uma alternativa para melhor a sua rede de relações sociais; • O sr. Bruno comprometeu-se a ajudar o pai a arranjar uma alternativa na comunidade para reduzir o seu isolamento social; • O sr. Bruno comprometeu-se a deslocar-se ao CAJIL para conhecer os serviços oferecidos pelos mesmo que possam reduzir o seu isolamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sr. Verde, tal como o filho, conhecem os riscos de associados ao isolamento social; • O sr. Verde e o filho conhecem as alternativas existentes na comunidade por forma a reduzir ou minimizar o problema do isolamento social. • O sr. Verde e o filho têm conhecimento do papel da assistente social da USF no apoio aos recursos da comunidade, • O sr. Verde tem perceção que o fato de frequentar um centro de dia poderia reduzir o seu isolamento social; • O sr. Verde reconhece a importância de frequentar um centro de dia por forma a estimular o convívio com outras pessoas (combatendo o isolamento social) e remete para o filho a responsabilidade de ir saber condições sobre este tipo de apoio ao CAJIL.

PARTE II – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente estudo de caso constitui-se como uma atividade relevante na compreensão e consciencialização da importância das diversas etapas de construção de uma relação de cuidados em parceria entre a pessoa idosa, o seu cuidador e o enfermeiro. Permitiu igualmente identificar os problemas e necessidades do Sr. Verde, e dessa forma planejar um série de intervenção adequadas, com o propósito de assegurar o seu cuidado de si, por si ou pelo filho (outro).

A primeira fase deste modelo (revelar-se) foi de fato essencial para o sucesso da toda a relação terapêutica posterior, uma vez que, para além de determinar o nível de aceitação e cooperação do Sr. Verde, permite o desenvolvimento de um conhecimento mútuo. Ao sr. Verde, enquanto pessoa alvo dos cuidados, permitiu esclarecer o meu papel e objetivos enquanto enfermeiro e aluno de especialidade, e a mim compreender o seu contexto de vida, os seus problemas de saúde/doença atual, as suas expectativas e necessidades. Esta fase exigiu competências na área da comunicação, da relação terapêutica e do juízo profissional.

A segunda fase (envolver-se), que se mistura com a anterior e se prolonga por todo o processo, foi a responsável por permitir conhecer melhor o potencial de desenvolvimento do Sr. Verde. Aqui a dimensão espaço e tempo assumiram um papel importante na criação e reforço de uma relação de cooperação, qualidade e confiança. Tal foi nitidamente evidente na evolução do comportamento do sr. Verde ao longo dos três momentos de encontro com o mesmo. Tendo evoluído, de um primeiro em que o mesmo se encontrava um pouco renitente em partilha da sua história de saúde/doença, para o último onde se mostrou mais comunicativo, confiante e recetivo à partilha de problemas com o enfermeiro.

Na terceira fase do processo (capacitar/possibilitar) já existia uma relação de confiança, cooperação, bem como um conhecimento acerca das necessidades de saúde do sr. Verde. Nesta fase procurei sinalizar as situações consideradas problemáticas ao sr. Verde e filho, promover tempo de reflexão sobre os mesmos, definir e negociar em conjunto estratégias de intervenção no sentido de promover ao máximo a sua independência, bem como proporcionar apoio para assegurar os cuidados interdependentes. Foram aqui transmitidos conhecimentos no sentido de potenciar as reais capacidades do sr. Verde e evitar ou antecipar complicações.

A fase quarto do modelo (comprometimento) correspondeu à definição, de acordo com os problemas anteriormente identificados, de compromissos entre o enfermeiro, o sr. Verde e o sr. Bruno. Para cada situação foram definidos objetivos e estratégias de intervenção para cada um dos elementos interveniente no processo de parceria.

A última fase (assumir ou assegurar o cuidado de si) foi o culminar do objetivo de todas as anteriores: promover o controlo do projeto de vida e saúde do sr. Verde. As intervenções desenvolvidas em conjunto com o sr. Verde e o seu filho permitiram consciencializar ambos sobre os problemas identificados e as melhores resposta para cada um deles, sob o ponto de vista dos recursos pessoais ou da comunidade. Ou seja, capacitaram o sr. Verde no sentido de tomar decisões autonomamente, lidar de forma informada com os seus problemas de saúde e gerir as suas atividades de vida diárias.

Após a análise deste estudo de caso salientam-se três aspetos essenciais, caraterizadores do modelo de intervenção em parceria, que contribuíram para a eficácia e qualidade dos cuidados prestados: a criação de tempo e espaço para a construção de uma relação de confiança, a participação ativa da pessoa idosa no planeamento dos seus cuidados e a perceção da mesma como um ser possuidor de um projeto de vida e saúde.

Acrescentasse ainda como contributos deste estudo de caso o fato de ter permitido o alargamento de conhecimento sobre o fenómeno do envelhecimento individual, a prestação de cuidados em contexto comunitário e os diversos instrumentos de apoio à avaliação multidimensional.

PARTE III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho, M.; Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5 (32). Pp.18-21, Lisboa.

Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., T. (2008). Validação da escala de Lawton&Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.

Coelho, M. (2014). *Modelo Integral de Fragilidade do Idoso (do constructo à avaliação - Tilburg Frailty Indicator)*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Universidade de Aveiro, Porto.

Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.

Collière, M. F. (2001). *Cuidar ...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociencia.

Ermida, J. G. (2014). Avaliação geriátrica global. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatria fundamental – saber e praticar* (pp. 103 – 117). Lisboa: Lidel.

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Guerreiro, M.P. e Col. (1994). Adaptação à população Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1 (9).

Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosa: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 115-174). Loures: Lusociência

Medical Research Council. (1943). *Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries (War Memorandum No. 7)*. London: Her Majesty's Stationery Office.

Mourão, L. (2008). *Aplicação da Escala de Gijón em rastreio de Risco Social*. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Gerontologia.

Petiz E., M. (2002) *A actividade física, equilíbrio e quedas*. Um estudo em idosos institucionalizados. Tese de Mestrado, não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento (2ªed)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Wright, L., M. & Leahey, M. (2011). Enfermeiras e famílias: Guia para a avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca.

Sites consultados

https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf

APÊNDICE XII

A RNCCI, as unidades de internamento e os critérios de referenciação

A Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

No ano de 2006, é criado em Portugal, como resultado de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, a RNCCI, constituída por um conjunto de organizações públicas e privadas (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho).

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) (2009), a RNCCI tem como finalidade promover um suporte social e de prestação de cuidados de saúde integrados, em continuidade e proximidade, a todos os indivíduos, independentemente da idade, que se encontrem em situação de dependência física ou mental. Os seus objetivos gerais passam por recuperar o indivíduo na sua globalidade, promover a funcionalidade do mesmo e prevenir, reduzir ou adiar as suas incapacidades, e os específicos por melhorar as condições de vida e saúde das pessoas em situação de dependência; manter, sempre que possível, o indivíduo no seu domicílio; adaptar o apoio, acompanhamento e internamento às necessidades individuais; promover a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde e de apoio social; apoiar e capacitar os familiares e/ou cuidadores informais para assegurarem a prestação de cuidado; articular e coordenar em rede os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; e prevenir lacunas em serviços e equipamentos, através do aumento progressivo cobertura nacional, das necessidades das pessoas (UMCCI, 2009). A mesma unidade de missão (2009), acrescenta ainda que, com este novo modelo organizacional e interventivo, se pretende estrategicamente reduzir, nas unidades hospitalares, os custos, o número de dias de internamento e a taxa média de ocupação de camas, bem como o número de internamentos e reinternamentos de indivíduos em situação de dependência.

A gestão da RNCCI é da responsabilidade, a nível nacional, da UMCCI, a nível região, da Equipa de Coordenação Regional, e a nível local, das Equipas de Coordenação Local (UMCCI, 2009). Estruturalmente, a rede de cuidados, inclui as unidades de internamento e ambulatório e as equipas hospitalares e domiciliárias. As unidades de internamento possuem cinco valências diferentes: a convalescença, a média duração e reabilitação, a longa duração e os cuidados paliativos. As unidades de ambulatório incluem apenas a unidade de dia e de promoção de autonomia (ainda em fase de implementação). As equipas hospitalares fazem parte a EGA e as Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Quanto às equipas

domiciliárias são constituídas pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

O acesso à rede de cuidados é possível por parte de todos os cidadãos, portugueses e estrangeiros legalizados, desde que os mesmos apresentem certos critérios, tais como: fragilidade; dependência funcional transitória (resultante de um problema agudo de saúde) e/ou prolongada; incapacidade acentuada (que desencadeie forte impacto psicológico ou social); e doença grave, em fase avançada e terminal (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Acrescenta-se ainda aos anteriores motivos as situações onde se verifique a necessidade de descanso do cuidador; alimentação entérica; tratamento de úlceras de pressão e de outra tipologia; manutenção e tratamento de estomas; medicação parentérica; medidas de suporte respiratório (oxigenoterapia ou ventilação assistida); ajuste, administração ou supervisão terapêutica (Instituto da Segurança Social, I.P., 2018).

Crítérios de referenciação

Além das condições anteriormente referidas existem critérios específicos de acesso a cada uma das cinco tipologias de internamento existentes (a convalescença, a média duração e reabilitação, a longa duração e os cuidados paliativos). Seguidamente, para cada valência são descritas as suas características e condições de acesso de acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho e a Circular Normativa nº 8/2017 de 19 de abril.

UNIDADE DE CONVALESCENÇA:

Unidade de internamento para casos que, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de situação crónica, impliquem perda de funcionalidade recente e transitória e necessitem de cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser realizados no domicílio.

Os indivíduos internados na respetiva unidade têm assegurado cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos; prescrição e administração de medicamentos; fisioterapia; apoio psicológico e social; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer; reabilitação funcional intensiva.

Destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão e pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação.

É gerida por um médico.

Não tem encargos financeiros para o indivíduo.

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO:

É uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

A finalidade é a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa.

O período de internamento tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

Pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração.

Pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.

Assegura cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; fisioterapia e de terapia ocupacional; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer.

É gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial.

Tem encargos financeiros associados de acordo com os rendimentos pessoais.

UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO:

Unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

Pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no ponto anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Assegura atividades de manutenção e de estimulação; cuidados de enfermagem diários; cuidados médicos; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; controlo fisiátrico periódico; fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sociocultural; higiene, conforto e alimentação; apoio no desempenho das atividades da vida diária; apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

É gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial.

Tem encargos financeiros associados de acordo com os rendimentos pessoais.

UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS:

Com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (as unidades podem diferenciar-se segundo as diferentes patologias dos doentes internados).

Assegura cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados; prescrição e administração de fármacos; cuidados de fisioterapia; consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades; acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; atividades de manutenção; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer.

Admitidos indivíduos com período previsível de internamento até 30 dias que reúnam todos os seguintes critérios:

- Presença de doença incurável avançada e progressiva;
- Tratando-se de doença oncológica, não estarem a fazer quimioterapia, imunoterapia ou outro tratamento anti tumoral sistémico;
- Necessidade de cuidados ativos para o controle de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais;
- Necessidade de cuidados de enfermagem permanentes;
- Necessidade de cuidados médicos diários, mas não permanentes;

- Não ter necessidade de consultas regulares de outras especialidades durante o internamento

Esgotado o prazo de 30 dias de internamento fixado, caso não tenham sido atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação do internamento até mais 30 dias, por motivos de ordem clínica.

A exaustão do cuidador informal principal pode constituir critério para internamento.

É gerida por um médico.

Não tem encargos financeiros para o indivíduo.

Mecanismo de referenciação

O processo de referenciação para a rede de cuidados, envolve quatro equipas operacionais: a EGA, a Equipa Coordenadora Local (ECL), a Equipa Coordenadora Regional (ECR) e a UMCCI; e inicia-se através do contacto com a EGA, se o indivíduo se encontrar hospitalizado numa instituição pública, ou do enfermeiro, médio ou assistente social do centro de saúde da área de residência da pessoa em causa, caso este se encontre no domicílio ou internado num hospital privado (UMCCI, 2009).

Em contexto hospital, a EGA, constituída no mínimo por um enfermeiro, médico e assistente social, tem a responsabilidade de, em articulação com as equipas assistenciais, as ECL, as ECR e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde, gerir as altas dos indivíduos, assegurando a continuidade de cuidados de saúde e apoio social, quer em regime de ambulatório (ECCI) ou de internamento nas diversas unidades da rede existentes (convalescença, média duração e reabilitação, longa) (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). A única exceção do seu papel de referenciadora é no caso das unidades de cuidados paliativos, o qual compete às EIHSCP (no hospital) e às ECSCP (nos centros de saúde) (Circular Normativa nº 8/2017 de 19 de abril).

Referências Bibliográficas

Circular Normativa nº 8/2017 de 19 de abril. Definição dos critérios de referenciação de utentes para as UCP-RNCCI e clarificação dos procedimentos relativos a situações de prorrogação de internamento, mobilidade e alta para estas unidades, recursos humanos e requisitos técnicos. N.º 8 (19/04/2017). 1-5.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho (2006). É criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República I Série - A*, n.º 109 (22-05- 2006) 3856-3865.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [s.l.]: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Acedido a 5/03/2019. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>.

Instituto da Segurança Social, I.P. (2018). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente. Acedido a 10/03/2019. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a.

APÊNDICE XIII

Estudo de caso desenvolvido no serviço de Medicina



**9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Opção
Pessoa Idosa**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Estudo de Caso

Serviço de Medicina

Docente: Idalina Gomes

Discente: Bruno Verde

Fevereiro de 2019

INTRODUÇÃO

O estudo de caso aqui apresentado foi elaborado no âmbito da unidade curricular, estágio com relatório, do curso de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. O mesmo, desenvolvido num serviço de internamento de medicina, foi planeado para atingir o objetivo geral de promover a aquisição de competências como enfermeiro especialista no cuidado em parceria com pessoa idosa frágil. Os critérios para a escolha da situação basearam-se em três princípios orientadores: o facto de o indivíduo ser uma pessoa idosa com fragilidade identificada através da aplicação do Indicador de Fragilidade de Tilburg, uma situação complexa que requer a intervenção de enfermeiro especialista, ter idade igual ou superior a 65 anos e ser uma situação relevante e enriquecedora das minhas competências como enfermeiro especialista na vertente da pessoa idosa. Como modelo orientador da intervenção de enfermagem, este estudo seguiu o processo de cuidados em parceria de Gomes (2016), que compreende 5 fases de construção (revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro) e se caracteriza, numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa, como promotor do cuidado de próprio (por si ou pelo outro), de acordo com os seus objetivos e projetos de vida e saúde. Acrescenta-se ainda que neste estudo a fragilidade é entendida como uma condição de causa multidimensional, resultante da alteração ocorrida nos domínios físicos, psicológico e social.

Para a recolha da informação inerente à elaboração do estudo, utilizou-se como métodos a entrevista semiestruturada, baseada num guia elaborado previamente (estruturado segundo uma lógica das fases do processo de parceria de Gomes, 2016), a observação direta e a avaliação multidimensional da pessoa idosa, suportada por diversos índices e escalas.

Previamente ao desenvolvimento do mesmo, e após a seleção da situação em estudo, foi explicado à pessoa idosa frágil em causa a intenção de realizar um estudo sobre a mesma, no sentido de esta ficar esclarecida sobre os motivos e pressupostos do estudo e, caso concordasse, assinasse o consentimento esclarecido e informado. Ainda estas da anuência da pessoa foi também salientado que este processo segue todos os princípios deontológicos espectáveis.

O estudo encontra-se estruturado em três partes. Na primeira é apresentado o caso numa lógica assente nas fases do modelo de parceria de Gomes (2016). A segunda, corresponde a uma reflexão sobre o estudo de caso. A última, e terceira parte, corresponde às referências bibliográficas utilizadas.

PARTE I – APRESENTAÇÃO DO CASO

Revelar-se

Nesta etapa do processo de parceria, o enfermeiro apresenta-se e procura conhecer e compreender a pessoa idosa, nomeadamente, a sua identidade e contexto de vida, por forma a contribuir para a promoção do seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016). É uma fase que se interrelaciona com as restantes e que exige do enfermeiro a mobilização da competência da comunicação.

Enfermeiro: Dar-se a conhecer à pessoa idosa

O primeiro contacto com a S.^a dona Ana⁴¹ ocorreu aquando da sua admissão no serviço. Logo nesse momento cumprimentei-a, identifiquei-me, expliquei-lhe o meu papel enquanto aluno de especialidade e apresentei as características e dinâmicas do serviço.

Após a sua identificação como pessoa idosa frágil, optou-se por seleccioná-la por considerar-se uma situação de saúde complexa, e como ta, no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista. Assim, foi explicada à S.^a dona Ana esse mesmo interesse, no âmbito do meu estágio de especialidade, e no seguimento, pedido o seu consentimento esclarecido e informado, que mesma assinou de forma voluntária e pronta.

Pessoa idosa: Identificação pessoal

A S.^a dona Ana tem 77 anos e natural da Índia. Residiu no seu país natal até aos 27 anos, onde casou e se licenciou como professora primária. Apesar da sua formação nunca exerceu, pelo que atualmente recebe uma pensão próxima dos 300 euros. Posteriormente, emigrou para moçambique, onde permaneceu durante 45 anos e enviuvou aos 69 anos, após o marido ter falecido como consequência de um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Há cerca de 5 anos,

⁴¹ Para proteger o anonimato da pessoa e família retratada neste estudo de caso, foram utilizados nomes fictícios.

emigrou novamente, residindo atualmente em Portugal, na casa de uma das filhas, numa freguesia do concelho de Lisboa.

É praticante da religião Hindu.

Realiza viagens para Moçambique e Reino Unido com regularidade para visitar a restante família (filhas, genros, netos e bisnetos).

Tem como hobbies a leitura de livros relacionados com a sua religião. Gosta e fala regularmente com a família através da aplicação *watsapp*®, do *smartphone*. Refere ser uma pessoa que não tem hábito de sair de casa, passando maior parte do dia na companhia da filha, exceto no período entre as 13h30 e as 18h, altura em que a filha se ausenta para trabalhar. Durante este período refere que realiza algumas atividades domésticas leves, pois apresenta algum cansaço para esforços moderados a elevados.

Contexto de vida: conhecer a singularidade da pessoa idosa

Situação sociofamiliar: A S.^a dona Ana é viúva há 8 anos após o falecimento do marido como consequência de complicações associadas a um AVC. Na altura residia em moçambique, tinha 69 anos e contava com o apoio do agregado familiar de 2 filhas, o qual foi um apoio-o emocionalmente importante no momento do luto. Três anos após a morte do marido e ter ficado emocionalmente afetada decide emigrar para Portugal, e vem residir para casa da filha, onde se encontra atualmente.

Como demonstra o genograma a dona Ana foi mãe de filhos, 4 raparigas e 2 rapazes. Os dois rapazes já faleceram em consequência de acidentes de viação e trabalho. Tem uma relação mais próxima com a filha com quem está atualmente e da qual é dependente. Esta, doravante apelidada de S.^a dona Maria, assume-se com elemento de referência e cuidadora informal da mãe. As outras filhas residem em Moçambique (duas) e no Reino Unido (uma). A S.^a dona Ana refere ainda que tem um amigo em Portugal com quem por vezes conversa.

O valor mensal auferido pela S.^a dona Ana é próximo dos 300 euros. Apesar de baixo o mesmo está integrado no rendimento do restante agregado familiar.

Atualmente a S.^a dona Ana não sai de casa sozinha referindo o cansaço progressivo e a dificuldade na mobilidade como fatores limitativos. Neste sentido permanece habitualmente longos períodos no domicílio, onde realiza algumas e pequenas atividades domésticas, como arrumar e engomar a roupa, adiantar as

refeições, fazer pequenas limpezas da casa, entre outras. As saídas de casa resumem-se apenas a momentos em que tem que se deslocar aos cuidados de saúde ou quando viaja.

Como observado no genograma a filha, genro e netos são o único apoio e família que a S.^a dona Ana tem em Portugal. Os restantes elementos da família apesar da distância, falam regularmente com a mesma via *watsapp*[®].

A avaliação da funcionalidade de família através da utilização da escala de APGAR familiar (Agostinho, 1988) revelou que se trata de uma família altamente funcional, evidenciando apenas que a S.^a dona Ana gostaria de passar mais tempo com a familiar com quem reside atualmente (9 pontos em 10).

O genograma⁴² seguinte representa a estrutura familiar da S.^a dona Ana, bem como o tipo de relacionamento entre todos.

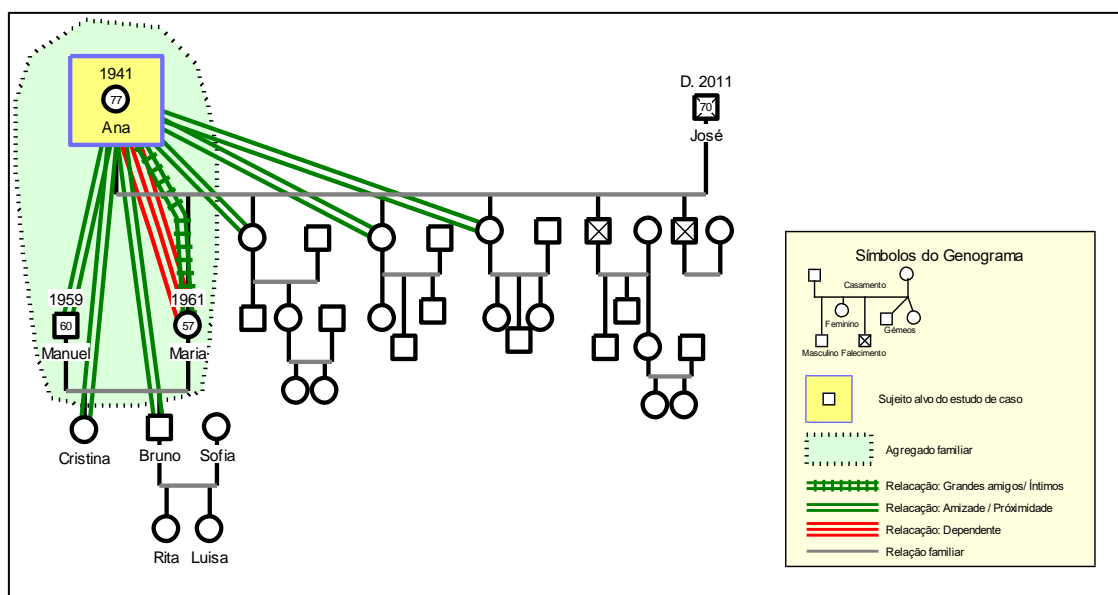


Figura 3- Genograma da família descendente da S.^a dona Ana

Condições habitacionais: A S.^a dona Ana após ter emigrado para Portugal ficou sempre a residir na casa da filha, localizada num bairro da classe média, numa freguesia do concelho de Lisboa. O imóvel localiza-se no 3º andar de um prédio de 9 andares. Tem boas condições de conservação e elevador, água potável, luz e gás canalizado.

O apartamento é da tipologia T3, tem áreas generosas, não está degradado e é constituído por 2 casas de banho, 1 cozinha 1 sala e 4 quartos. Segundo a S.^a dona Ana a casa tem luz elétrica, gás e esgotos canalizados, água da

⁴² Representação gráfica que permite rapidamente compreender a composição e os vínculos existentes entre os diversos elementos da família (Wright & Leahey, 2011).

companhia e pacote de televisão com telefone. A mesma refere ainda que o apartamento é confortável do ponto de vista térmico e acústico. A casa de banho tem sanita, bidé e banheira, e não possui barras de apoio.

Rede de apoio: Três anos após a morte do marido a S.^a dona Ana, que se encontrava em Moçambique, decidiu emigrar para Portugal, tendo vindo residir para a casa de uma filha. Desde então fazem parte do seu agregado a filha, a S.^a dona Maria, e o Genro, o S.^o Manuel. Devido à sua dependência para várias AIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária) e ABVD (Atividades Básicas de Vida diária) a filha assumiu-se como a sua cuidadora familiar/informal. Como demonstra o Ecomapa⁴³, apresentado na figura seguinte, a sua rede de interação social é reduzida e limita-se maioritariamente, à família ascendente. Há apenas referência a um amigo de família. É de realizar que apesar da distância a S.^a dona Ana mantém contacto telefónico e por vídeo conferência com os diversos elementos da sua família descendentes. A sua relação e interação social com elementos fora do círculo familiar é muito reduzida, limitando-se aos períodos em que recorre aos cuidados de saúde, ou às viagens que realiza ao estrangeiro para visitar a família. Neste sentido a S.^a dona Ana passa longos períodos sem sair de casa, a ler e a realizar pequenas atividades domésticas.

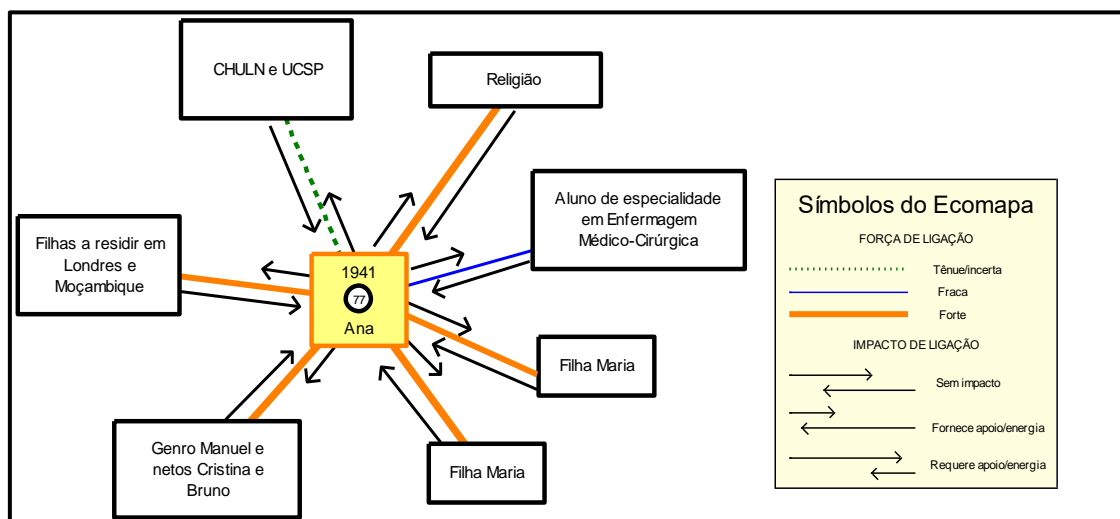


Figura 4 – Ecomapa do S.^a dona Ana.

⁴³ Representação gráfica do relacionamento recíproco dos elementos da família com os subsistemas que a rodeiam, como por exemplo, o trabalho, a igreja, as instituições de saúde, entre outros (Wright & Leahey, 2011).

Envolver-se

Nesta fase procura-se desenvolver uma relação de qualidade, que permita identificar as particularidades do processo de envelhecimento da pessoa idosa, conhecer o seu projeto de saúde e vida, o seu potencial de desenvolvimento (e da família alvo dos cuidados) e orientar a intervenção de enfermagem. Tal envolvimento exige que o enfermeiro valorize o tempo e espaço da relação entre pessoa idosa e sua família/cuidador e, conseqüentemente, demonstre disponibilidade para escutar e partilhar sentimentos (Gomes, 2016). Esta fase é transversal a todas as restantes e inicia-se paralelamente à anterior. A partir do momento em que o enfermeiro e o cliente se revelam, simultaneamente, começam a estabelecer uma relação de confiança e cooperação, ou seja, a envolver-se.

O internamento prolongado da S.^a dona Ana, apesar de não desejável, considerando o risco de infeção nosocomial a ele associado, permitiu consolidar a fase de envolvimento, do processo de parceria, e desta forma contribuir para desenvolver um conhecimento mais pormenorizado das necessidades da S.^a dona Ana e sua cuidadora, bem como continuar a fortalecer a relação de confiança e cooperação com ambas. Tais aspetos foram essências para o desenvolvimento posterior de uma série de compromissos direcionados para dar resposta aos problemas identificados.

Durante o internamento foi evidente a evolução na relação de cuidados com a S.^a dona Ana e cuidadora. Se numa fase inicial ambas estavam menos comunicativas e colaborantes com a equipa de saúde, tal foi - se modificando de forma evidente. O fato dos elementos envolvidos nos cuidados, enfermeiro e S.^a dona Ana e cuidadora, se conhecerem progressivamente melhor permite potenciar o planeamento das intervenções, bem como o resultado das mesmas.

História de saúde/doença atual da pessoa idosa

A S.^a dona Ana recorreu ao serviço de urgência dia 26 de dezembro de 2018 por quadro, com 5 dias de evolução, de diminuição da força generalizada, mal-estar inespecífico e hiperglicemia. Permaneceu 12 horas no Serviço de Urgência onde realizou diversos exames complementares de diagnóstico e tratamento farmacológico para corrigir a hiperglicemia e a bradicardia iatrogénica. Após estabilização do quadro foi transferida para o serviço de

internamento de Medicina do respetivo hospital, ficando internada com os diagnósticos de Diabetes *Mellitus* tipo II (DMII) descompensada e bradicardia iatrogénica.

Há pouco mais de 1 mês, a S.^a dona Ana teve alta de outro hospital do concelho de Lisboa, onde esteve internada entre dia 7 e 28 de novembro de 2018 com diagnóstico de insuficiência respiratória global associada a insuficiência cárdica descompensada. Nesse hospital esteve na unidade de cuidados intensivos com Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) durante mais de uma semana, tendo posteriormente progredido para a ventilação não invasiva (VNI), até ter suspenso completamente qualquer suporte ventilatório, bem como a necessidade de oxigenoterapia. Durante o seu internamento no anterior hospital, após realização de Tomografia Axial Computorizada ao tórax, foi diagnosticado pneumonia bilateral e suspeita de tuberculose pulmonar. Devido a este último diagnóstico foi transferida para o serviço de doenças infecciosas do atual hospital, onde após realização de broncofibroscopia com pesquisa do lavado brônquico, não confirmou as suspeitas. Como consequência da VMI prolongada ficou com paresia das cordas vocais bilateralmente, tendo, desde então sido encaminhada para a consulta de otorrinolaringologista.

A S.^a dona Ana tem como antecedentes pessoais patológicos e cirúrgicos conhecidos: hipertensão arterial, insuficiência cárdica congestiva, cardiopatia isquémica, hipertensão pulmonar, edema agudo do miocárdio, fibrilhação auricular paroxística, DMII, *Beta talassemia minor*, osteopenia, Tromboflebite, pólipos hemorroidários, paresia das cordas vocais (associada à ventilação mecânica invasiva), alergia à penicilina, cirurgia ao joelho esquerdo com posterior colocação de prótese total do joelho. Não são conhecidos ou relatados pela S.^a dona Ana nenhum comportamento aditivo. A S.^a dona Ana quando questionada não sabe especificar nenhum antecedente familiar relevante.

O esquema terapêutico que a S.^a dona Ana realiza no domicílio é apresentado na tabela seguinte.

Medicamento	Grupo	Dose	Via	Frequência
Bisoprolol	Beta Bloqueadores	2,5 mg	Oral	P. almoço

Diltiazem	Bloqueadores dos canais de cálcio	90 mg	Oral	P. almoço, lanche e ceia
Prednisolona	Corticoide	30 mg	Oral	P. almoço e jantar
Furosemida	Diurético	40 mg	Oral	P. almoço
Valzartan	Antagonista da angiotensina	80 mg	Oral	P. almoço
Sinvastatina	Estatina	20 mg	Oral	Jantar
Metformina	Antidiabético	850 mg	Oral	P. almoço
Saxagliptina	Antidiabético	2,5 mg	Oral	Almoço
Pradaxa	Anticoagulante	75 mg	Oral	P. almoço e jantar
Brometo de Ipratrópio	Anticolinérgico	120 mcg/dose	Inalat ória	P. almoço, lanche e ceia
Salbutamol	Agonista beta adrenérgico	200 mcg/dose	Inalat ória	P. almoço e ceia
Neurobion	Multivitamínico	0,2mg/200mg/100mg	Oral	Almoço e jantar
Folifer	Suplemento	1mg/90 mg	Oral	P. almoço

Tabela 1- Esquema de medicação atual da S.^a dona Ana

A medicação da S.^a dona Ana é gerida com a ajuda da filha. A análise da terapêutica habitual instituída torna evidente uma situação que poderá ser problemática a polimedicação⁴⁴.

Avaliação multidimensional da pessoa idosa⁴⁵

Domínio psicológico e mental: A S.^a dona Ana encontra-se vígil, orientada na pessoa (auto e alopsiquicamente), no espaço e no tempo. É pouco comunicativa e apresenta um humor que alterna entre o eutímio e o deprimido. A aplicação do Mini Exame do Estado Mental, versão portuguesa (Guerreiro, Silva, Botelho, Caldas, Leitão & Garcia, 1994) não revela défice cognitivo nas áreas da orientação, retenção, atenção e calculo, linguagem e habilidade cognitiva (pontua 28 em 30, falhando apenas na evocação onde pontua 1 em 3 possíveis). Relata apresentar no último mês períodos em que se sente triste,

⁴⁴ Segundo Henriques (2013) considera-se polimedicação quando existe o consumo em simultâneo de 4 ou mais fármacos.

⁴⁵ Processo que permite identificar a situação de saúde/problemas da pessoa idosa e, como tal, estabelecer planos de intervenção direcionados para as suas prioridades e necessidades identificadas (Ermida, 2014)

ansiosa e nervosa (segundo o Indicador de Fragilidade de Tilburg [IFT], na fragilidade psicológica, tem pontuação máxima: pontua 2 em 4 possíveis) [Coelho,2014]. Considerando tais sinais e sintomas utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica abreviada (GDS – 15) (Apóstolo, 2011) que não revelou depressão (pontua 1 em 15 – sem depressão).

Domínio físico e funcional: Pele ligeiramente descorada e desidratada, sem lesões. Com ligeiro edema maleolar (godet+) bilateral.

Apresenta hipoacusia bilateral ligeira, pelo não tem, nem refere necessidade de ortótese auditiva. A visão sem alterações significativas. Tem hipofonia associada à paresia das cordas vocais.

Sinais vitais dentro dos parâmetros normais [Tensão arterial (TAS:100 -135 mmHg; TAD: 70 – 85 mmHg), Respiração (14 – 18 rpm), dor (intensidade zero), temperatura (36 – 37 ° C), frequência cardíaca (65 – 90 bpm)].

Eupneica em repouso com oxigenoterapia a 1,5 litros/minuto por cânula nasal. Apresenta dispneia grau 1, segundo a escala da *Medical Research Council* modificada⁴⁶, o que se traduz para falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente.

É ovo-lacto-vegetariana, pelo que se alimenta de laticínios e ovos, além dos produtos de origem vegetal. No início do internamento apresentava redução da ingestão alimentar considerável. No entanto, após personalização da dieta pela nutricionista começou a recuperar gradualmente, alimentando-se atualmente de dieta vegetariana com moderado apetite. Devido à ingestão alimentar diminuída foi realizado a Avaliação do Estado Nutricional, utilizando a escala *Mini Nutritional Assessment* (escala disponível do site da Nestlé *Nutrition Institute*⁴⁷), que revelou, apesar de um índice de massa corporal elevado (IMC de 25,4), risco de desnutrição (21 pontos – sob risco de desnutrição), associada, mais especificamente, à diminuição acentuada da ingesta, perda de peso entre 1 a 3 quilos nos últimos três meses, experienciou doença aguda e stress psicológico nos últimos 3 meses, perda de peso acentuada nos últimos meses, não consumo de carne, peixe ou ovos diariamente, défice de consumo de fruta diária e de ingestão hídrica. No domicílio realizava habitualmente 3 refeições diárias (pequeno almoço, almoço e jantar) e ingeria cerca 0,5 a 1 litro de líquidos

⁴⁶ Escala recomendada pela DGS (2013) para avaliação da dispneia.

⁴⁷ Disponível em: https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf

por dia. Não apresenta nenhuma dificuldade na deglutição. Tem défice de algumas peças dentárias em ambos os maxilares, no entanto, não interferem com a consistência ou tipo de alimentos ingeridos.

Tem perfil glicémico caracterizado por uma habitual normoglicémia em jejum (< 120 mg/dl) e hiperglicémia no período pós-prandial (valores médios entre 180 – 290 mg/dl), pelo que tem realizado frequentemente, durante o internamento, correção com insulina rápida, para além da insulina basal (Glargina). No domicílio realizava autoavaliação da glicemia com supervisão da filha, que também é igualmente diabética. Segundo ambas, nos últimos dias antes do internamento a S.^a dona Ana vinha a apresentar valores glicémicos descontrolados. Como terapêutica apenas tem prescrito antidiabéticos orais, nunca tendo realizado insulina por via subcutânea (SC). Demonstra alguns conhecimentos sobre alimentação diabética, e sobre a etiologia da DMII. Apresenta conhecimentos reduzidos sobre complicações agudas e tardias da doença, e nenhum sobre técnica de manuseamento ou administração de insulina por via SC.

É continente intestinal (evacuando diariamente fezes de características normais) e vesical (urina amarela com cheiro característico). Nega outro tipo de alterações.

No domicílio não apresentava alterações no padrão do sono, referindo que dormia entre 6 a 7 horas. No entanto, nos primeiros dias de internamento referia insónia inicial, pelo que foi medicada com indutor do sono, com efeito. Refere que agora tem um sono descansado e reparador.

A atividade motora está alterada a nível da marcha e o equilíbrio. Para se avaliar a capacidade de marcha e risco de queda foram utilizadas duas escalas: a de Holden (Resende, 2001) e de Morse (Costa-Dias; Ferreira & Oliveira, 2014). A primeira (escala de Holden) revelou que a S.^a dona Ana apresenta uma marcha independente de categoria 4, ou seja, é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para subir escadas e superfícies inclinadas. A segunda (escala de morse) determinou que a S.^a dona Ana tem um risco de queda elevado (score 60) associado ao facto de ter caído recentemente (há cerca de 15 dias no domicílio), ter diagnósticos secundários e uma marcha comprometida/cambaleante, associado à limitação provocada pela prótese total do joelho esquerdo.

À entrada no serviço apresentava-se com bons cuidados de higiene corporal e oral, bem como com a roupa limpa e cuidada. Para a avaliação do seu grau de dependência relativamente às atividades de vida diárias e instrumentais, foram utilizadas duas escalas: a de Barthel (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) e a de Lawton e Brody (Araújo *et al.*, 2008). O resultado revela que a S.^a dona Ana apresenta uma dependência moderada para as ABVD (Barthel 85 pontos em 100), mais especificamente, para os cuidados de higiene no chuveiro/banheira (necessita de supervisão por segurança), na mobilidade (caminha 50 metros com pouca ajuda) e no subir/descer escadas (necessita de supervisão e assistência). Tem dependência severa nas AIVD (Lawton & Brody 21 pontos em 30), necessitam de ajuda para as tarefas de cuidar da casa (só faz as tarefas leves), para lavar a roupa (só lava pequenas peças), para preparar a comida (prepara apenas refeições se lhe deixarem os ingredientes à disposição), ir às compras (é incapaz de sair de casa), usar os transportes (incapaz), usar o dinheiro (incapaz) e preparar a medicação.

A avaliação do seu domínio físico, segundo o IFT, é preocupante, pois revela que a mesma não se sente fisicamente saudável, apresentou perda de peso considerável recentemente sem desejar fazê-lo e tem problemas na sua vida diária devido a dificuldade no andar, falta de equilíbrio, hipoacusia e cansaço físico (aqui pontua 6 em 8 pontos possíveis, ou seja, só este domínio contribui para considerá-la como frágil).

Domínio psicossocial e espiritual: A S.^a dona Ana não tem apoio social. No entanto, a avaliação sociofamiliar, segundo a escala de Gijon (Mourão, 2008), não aponta para uma situação de risco social (9 pontos em 25). Apesar do rendimento mensal recebido pela S.^a dona Ana ser baixo (cerca de 300 euros) não foi considerado como um fator problemático, pela própria ou pela família, uma vez que o agregado familiar tem capacidade financeira para suprimir as necessidades.

A sua filha, S.^a dona Maria, assume-se como a sua cuidadora familiar e responsável pelo apoio necessário aos cuidados de saúde da mãe. Esta ajuda na gestão das ABVD e AIVD que a própria S.^a dona Ana não é capaz de assegurar. Sendo a filha sua cuidadora achou-se importante a aplicação de dois instrumentos de avaliação dirigidos para a mesma, a escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2010) e o índice de avaliação das dificuldades do cuidador

(Sequeira, 2007). Da aplicação da primeira concluiu-se que a cuidadora não evidenciava sinais de sobrecarga (pontua 22 em 110). Quanto às dificuldades do cuidador, a S.^a dona Maria referiu que existem situações inerentes ao seu cuidado que considera como não-problemáticas para si, como é o caso da mãe estar dependente da sua supervisão ou ajuda física para alguns das atividades de vida diárias; ir para casa a realizar Oxigénio de Longa Duração (OLD), estar limitada no convívio com outras pessoas ou a realização de certas atividades; não conseguir ter mais tempo para fazer uns dias de férias; e outras que lhe causa alguma perturbação, tais como as agulhas e o ato de administração de insulina à mãe via SC.

A S.^a dona Ana é uma pessoa muito ligada à sua crendice religiosa, o hinduísmo⁴⁸, passando largos momentos embrenhada na leitura de literatura religiosa. Segundo a mesma, a religião e o apoio dos filhos são uma fonte de motivacional e de força para encerrar a situação de doença.

A pontuação obtida na avaliação da dimensão social (pontua 1 em 3), utilizando o IFT, revela que a S.^a dona Ana não reside sozinha e que recebe apoio suficiente de outras pessoas, mas que, no entanto, sente falta de pessoas à sua volta. Tal valor não traduz uma situação preocupante a nível social, mas alerta para a necessidade de alargar a sua rede de relações sociais.

A figura seguinte apresenta os principais aspetos resultantes da avaliação multidimensional.

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA		
<p>➤ Domínio físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipoacusia bilateral ligeira, visão sem alterações; hipofonia. ○ Pele ligeiramente descorada e desidratada, sem lesões. Com ligeiro edema maleolar (godet+); ○ Sinais vitais estáveis; ○ Eupneica com o₂ a 1,5 l/m (vai com OLD para casa). Cansaço a médios esforços; ○ Alimenta-se de dieta vegetariana com moderado apetite -> Avaliação estado nutricional (MNA): revela risco de desnutrição (21 pontos); perda de peso acentuada nos últimos meses. ○ Hiperglicemia pós-prandial; ○ Continente vesical - Urina sem alterações; ○ Continente intestinal - Evacua diariamente; ○ Padrão de sono sem alterações; ○ Fragilidade Física (Score 6 em 8). 	<p>➤ Domínio psicológico e mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientada tempo, espaço e pessoa; ○ Pouco comunicativa; humor ansioso (sem depressão -> GDS = 1); ○ Sem alterações cognitivas (MME = 28); ○ Fragilidade psicológica (score 2 em 4). 	<p>➤ Domínio psicossocial e espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rede social reduzida; ○ Tem cuidador familiar; ○ Não é uma situação de risco social (Gijon = 9); ○ Dif. do cuidador (adm. de insulina). ○ Não se verificou sobrecarga do cuidador (Zerit = 22); ○ Forte crença religiosa (Hindu); ○ Fragilidade Social (Score 1 em 3).
<p>➤ Domínio Funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Marcha independente (Holden = 4); ○ Risco de queda moderado (Morse = 60); ○ Dependência moderada nas ABVD (Barthel = 85); ○ Dependência severa nas AIVD (Lawton e Brody = 21). 		

Figura 3 - Principais aspetos da avaliação multidimensional da S.^a dona Ana

⁴⁸ No respetivo hospital existe uma cultura organizacional de liberdade e respeito religioso. Apesar de existir um capelão ligado à religião católica, é conferido às pessoas a possibilidade de serem visitadas por outros tipos de figuras religiosas.

O conhecimento adquirido, nesta fase, através da entrevista semiestruturada, observação direta e a avaliação multidimensional foram essenciais para determinar as necessidades de saúde da S.^a dona Ana e sua cuidadora. Assim, foram identificados como principais problemas: a alteração na comunicação, alteração na marcha, risco de desnutrição, glicémias descontroladas (atualmente e previamente ao internamento); desconhecimento relativamente à DMII, dificuldade da S.^a dona Ana e da cuidadora familiar em administrar a insulina por via SC e dependência em algumas ABVD e AIVD. Após o reconhecimento dos mesmos, estes foram sinalizados à S.^a dona Ana e cuidadora. Em conjunto definiram-se objetivos e delineou-se um plano de cuidados de enfermagem constituído por intervenções direcionadas para melhor responderem às situações de saúde identificadas, e, consequentemente, promoverem o cuidado da S.^a dona Ana de forma independente ou com ajuda da sua cuidadora (cuidado de si, por si ou pelo outro). O mesmo caracteriza-se por promover a capacitação da pessoa idosa/cuidador e o seu compromisso para com os objetivos delineados em conjunto com o enfermeiro, e resulta da valorização das experiências de saúde/doença vivenciadas pela S.^a dona Ana e o contexto de vida; da negociação e da partilha de responsabilidade/poder.

Capacitar ou possibilitar

Esta fase caracteriza-se pela ação conjunta na construção de competências na pessoa idosa/cuidador para agir e decidir de forma esclarecida valorizando sempre a partilha dos significados pessoais da experiência vivenciada e os conhecimentos de cada um (Gomes, 2016). Tal ação deverá promover a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil de dependência da pessoa idosa (Gomes, 2016). Nesta etapa o enfermeiro deverá transmitir conhecimentos, refletir em conjunto, definir objetivos e negociar as suas intervenções, sempre com a finalidade de potenciar as capacidades da pessoa idosa, responder às suas expectativas de vida e saúde e promover o cuidado de si (por si ou pelo outro).

Ao longo do internamento existiu a preocupação constante de promover espaço e tempo para a reflexão conjunta sobre o estado de saúde da S.^a dona Ana, as suas necessidades e as melhores estratégias de resposta.

Esta fase caracterizou igualmente por antecipar complicações saúde e partilhar conhecimentos com a S.^a dona Ana e a cuidadora, dos quais salientamos os sobre exercícios direcionados para contrariar os efeitos das parésias das cordas vocais; medidas a adotar para reduzir o risco de queda em contexto hospitalar e domiciliário (gerir o ambiente físico, utilizar calçado adequado); o risco de desnutrição (diminuição da força muscular, dificuldade de recuperação do estado de saúde, desidratação, alterações analíticas) e as alternativas para melhorar o apetite (solicitar que a cuidadora traga comida do domicílio a gosto da mãe, solicitar apoio da nutricionista); a doença da DMII (etiologia, complicações agudas e tardias, avaliação da glicemia capilar, manuseamento de glicómetro, caneta de punção capilar e caneta de insulina, administração de insulina por via SC), os exercícios físicos para melhorar a sua performance física (treino de equilíbrio e força; solicitar apoio de fisioterapeuta). Foi também solicitado, sempre que se considerou oportuno, para as áreas de intervenção interdependentes de outros profissionais de saúde, o apoio do médico assistente, do nutricionista e do fisioterapeuta.

Comprometer-se

Gomes (2016) refere que a pessoa idosa e o enfermeiro têm que conjugar esforços para atingir os objetivos previamente delineados necessários ao controlo e progressão do projeto de vida e saúde. Assim, deverá existir um acompanhamento e comprometimento do enfermeiro para com a pessoa idosa no sentido de promover que a mesma siga a sua trajetória de vida. Tal obriga o mesmo a procurar soluções criativas que melhor respondam às necessidades concretas da pessoa e do seu contexto de vida (Gomes, 2016).

Nesta fase o enfermeiro define, de forma negociada, objetivos e compromissos em conjunto com a pessoa idosa e /ou cuidadora, com a finalidade, simultaneamente, de responder aos problemas identificados e promover a transição progressiva das capacidades potenciais da pessoa idosa e seu cuidador em reais (Gomes, 2016).

No plano de cuidados delineado é possível perceber, para cada diagnóstico de enfermagem, os compromissos estabelecidos por cada um dos elementos intervenientes nos cuidados: enfermeiro, S.^a dona Ana e S.^a dona Maria. Dos diversos estabelecidos torna-se pertinente salientar dois, o diagnóstico de fragilidade atual, considerando o tema central da minha especialidade, e o de

capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida, uma vez ter sido o problema que mais afetou a capacidade e independência da S.^a dona Ana e perturbou a cuidadora. Relativamente ao primeiro, o enfermeiro comprometeu-se a prestar cuidados capazes de promover a melhoria da sua performance física, capacidade cognitiva e estado emocional, e a S.^a dona Ana, a deslocar-se regularmente à unidade de saúde para ser acompanhada (vigilância de saúde); a realizar no domicílio o programa de exercícios físicos ensinados pelo fisioterapeuta; a manter uma alimentação equilibrada e saudável; a realizar algumas das atividades propostas para a melhoria, ou não deterioração, das suas capacidades cognitivas; a esforçar-se para promover momentos de interação social. Quanto à cuidadora, a S.^a dona Maria, esta comprometeu-se também a ajudar a mãe e a incentivá-la para realizar as atividades negociadas com o enfermeiro.

O segundo diagnóstico mencionado surgiu como consequência de uma alteração no regime terapêutico habitual da S.^a dona Ana. No domicílio, a mesma controlava sua DMII, do ponto de vista farmacológico, com o recurso a dois Antidiabéticos Orais (ADO). Ora atualmente, fruto de uma série de circunstâncias analíticas e medicamentosas, a S.^a dona Ana terá que iniciar insulina por via SC, em substituição dos ADO. Esta alteração constituiu-se como um acontecimento de stress para a S.^a dona Ana e a sua cuidadora, pois a primeira não tinha destreza suficiente para autoadministrar a insulina sozinha e a segunda mostrava resistência em fazê-lo. Perante tal situação, que ponha em risco a continuidade de cuidados da S.^a dona Ana, procurou-se perceber quais os reais motivos para a cuidadora mostrar renitência à administração da insulina. Assim, percebeu-se que o mesmo se relacionava com o receio em puncionar a mãe. Perante a descodificação do problema, estabeleceu-se com a cuidadora um série de intervenções que tinham como objetivo reduzir o receio em manusear agulha e puncionar a mãe, e capacitá-la para preparar e administrar a insulina de forma correta. Para este diagnóstico o enfermeiro comprometeu-se a realizar ensinamentos sobre a técnica de administração de insulina, assegurando que a S.^a dona Ana, ou a cuidadora, realize a insulina segundo a dose prescrição e a técnica adequada. A S.^a dona Ana a esforçar-se na aprendizagem da técnica de avaliação da glicémia e de administração de insulina; e a S.^a dona Maria a trazer o kit de avaliação da glicémia (para se confirma a funcionalidade do mesmo) e a

caneta de insulina, no sentido serem utilizados nos ensinamentos e treinamentos e a dar apoio e/ou assistência à mãe no procedimento de avaliação e administração de insulina.

Assumir o controle de si ou assegurar o cuidado do outro

A quinta fase do modelo consiste no culminar de todas as anteriores. Aqui pretende-se que a pessoa idosa tenha competências para controlar o seu projeto de saúde e vida, girar os seus problemas e plano terapêutico, identificar e utilizar de forma adequada os recursos da comunidade (assumir o cuidado de si) (Gomes, 2016). Caso a pessoa não o seja capaz o enfermeiro deverá garantir que a família e/ou cuidador adquira capacidades para cuidar do outro (assegurar o cuidado do outro) (Gomes, 2016).

Ao longo do internamento foram identificadas necessidades, definidos objetivos, elaboradas intervenções e negociados compromissos direcionados para uma única finalidade, subjacente ao modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa, assegurar que a S.^a dona Ana adquirisse capacidades para cuidar de si e a S.^a dona Maria assegurasse o cuidado da mãe. Através do plano de cuidados, elaborado e constantemente atualizado, ambas foram capazes, à data da alta, de tranquilamente continuarem com o seu trajeto de vida adaptado às novas situações de saúde da S.^a dona Ana. As competências desenvolvidas permitiram a ambas, não apenas, identificar os problemas inerentes ao estado de saúde da S.^a dona Ana, como também, responder a tais desafios e antecipar complicações.

Todos os conhecimentos adquiridos sobre a S.^a dona Ana e sua cuidadora foram essências para a construção de um plano de cuidados personalizado. Este encontra-se estruturado por forma a refletir o processo de intervenção de enfermagem em parceria de Gomes (2016). Nele constam os diagnósticos de enfermagem (identificados durante a fase envolver-se), as respetivas intervenções, (desenvolvidas na fase capacitar), os compromissos estabelecidos e os cuidados assegurados ou assumidos pelos elementos alvo dos cuidados (S.^a dona Ana e sua cuidadora).

Diagnósticos de enfermagem	Capacitar/ possibilitar	Comprometer-se		Assumir ou assegurar cuidado de si
	Intervenções de enfermagem	Enfermeiro	Pessoa idosa e/ou cuidador	
<u>Fragilidade atual</u> relacionada com cansaço físico; difficultades na marcha, equilíbrio e audição; sentimentos de tristeza, nervosismos, ansiedade e solidão e manifestada por a alterações a nível dos domínios físico, psicológico e social	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a fragilidade através da aplicação do Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT); • Envolver a S.^a dona Ana no cuidado de si e a família no processo de cuidado do outro; • Informar a S.^a dona Ana, a cuidadora e restante família sobre a problemática e consequências da fragilidade; • Incentivar a manutenção da independência nas AIVD; • Informar sobre as estratégias existentes para estimular e prevenir a deterioração cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> – Ler; – Realizar jogos de raciocínio (palavras-cruzadas, sopa de letras, jogo das diferenças, sudoku, dominó, cartas); – Praticar exercício físico; – Alimentar-se adequadamente; – Adquirir hábitos de sono regular e de qualidade; – Interagir socialmente • Realizar ensinamentos sobre medidas que promovam a melhoria das capacidades físicas: <ul style="list-style-type: none"> – Exercício físico (treino de força, equilíbrio e velocidade); – Exercícios orientados para o treino das ABVD e das AIVD; • Ensinar sobre estratégias de gestão emocional; • Informar sobre a importância de promover o alargamento da rede social, da participação social e da interação intra e inter geracional. • Solicitar apoio de fisioterapeuta para desenvolver sessões de treino de marcha/equilíbrio e programar exercícios para a S.^a dona Ana realizar no domicílio; • Reforçar a necessidade de realizar, no domicílio, os exercícios físicos iniciados durante o internamento, nas sessões de fisioterapia; • Incentivar a S.^a dona Ana e seu cuidador a visitar regularmente os cuidados de saúde primários; 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir conhecimentos capazes de promover a melhoria da sua performance física, capacidade cognitiva e estado emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana comprometeu-se a deslocar-se regularmente à unidade de saúde para ser acompanhada; • A S.^a dona Ana comprometeu-se a manter o treino físico no domicílio de acordo com o plano delineado; • A dona comprometeu-se em realizar algumas das atividades propostas para a melhoria, ou não deterioração, das suas capacidades cognitivas; • A S.^a dona Maria comprometeu-se a incentivar a mãe a realizar as atividades negociadas com o enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria são capazes de reconhecer que a primeira se encontra em situação de fragilidade; • A S.^a dona Ana e S.^a dona Maria demonstram conhecimentos sobre os efeitos adversos da fragilidade e as medidas que promovem a melhoria/manutenção das capacidades física, cognitiva e emocional.

(Indicador de Fragilidade de Tilburg)	<ul style="list-style-type: none"> • Validar conhecimentos transmitidos; • Promover espaço e tempo para a família colocar as suas dúvidas. 			
<u>Mobilidade comprometida relacionada com marcha cambaleante, cansaço físico ligeiro a moderado e necessidade de OLD</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar regularmente o tipo e grau de mobilidade comprometida (marcha, posicionamento no leito); • Avaliar capacidade de marcha – aplicação escala de Holden; • Avaliar o risco de queda de acordo com protocolo do serviço - aplicação da escala de Morse; • Gerir o ambiente físico da unidade da S.^a dona Ana; • Gerir com a S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria a atividade executada pela própria; • Supervisionar o treino de marcha; • Informar a S.^a dona Ana da importância e necessidade de manter a sua mobilidade; • Informar a S.^a dona Ana dos riscos de realizar marcha sem supervisão; • Envolver a S.^a dona Ana no cuidado de si e a família no processo de cuidado do outro; • Realizar ensinamentos sobre como gerir o ambiente físico no hospital e em casa (plano da cama baixo, cama e cadeirão travados, calçado adequado, ausência de tapetes e móveis que dificultem a passagem, cuidados a ter com o fio do oxigénio, etc.); • Ensinar técnica de marcha (com ou sem apoio de andarilho/bengala); • Assistir ou supervisionar técnica de marcha; • Solicitar apoio de fisioterapeuta para desenvolver sessões de treino de marcha/equilíbrio e programar exercícios para a S.^a dona Ana realizar no domicílio; • Informar a S.^a dona Ana sobre as vantagens de realizar exercício físico regular; • Informar S.^a dona Ana sobre os recursos na comunidade que lhe permitam realizar exercício físico; • Realizar reforço positivo; • Validar conhecimentos transmitidos; • Promover espaço e tempo para a família colocar as suas dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a capacidade de mobilização e movimentar de acordo com as suas capacidades 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana comprometeu-se a gerir o ambiente físico em contexto hospitalar e domiciliário; • A S.^a dona Ana comprometeu-se a realizar os exercícios ensinados pelo fisioterapeuta; • A S.^a dona Ana comprometeu-se a realizar marcha de acordo com a técnica ensinada; • A S.^a dona Maria comprometeu-se a gerir com a mãe as atividades executadas pela mesma; 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria são capazes de reconhecer que a primeira tem dificuldade na mobilidade devida ao cansaço e necessidade de OLD; • A S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria tem conhecimentos sobre como gerir o ambiente físico no sentido redução do risco de queda e na facilitação da mobilidade; • A S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria têm conhecimentos sobre as técnicas de marcha com ou sem apoios; • A S.^a dona Ana é capaz de realizar de forma independente os exercícios físicos transmitidos pelo fisioterapeuta; • A S.^a dona Ana está informada sobre os locais onde pode recorrer para praticar exercício físico.

<p>Risco de queda atual relacionado com história de quedas recentes, diversos diagnósticos e marcha cambaleante manifestado por alto risco de queda (Escala de Morse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda de acordo com protocolo do serviço - aplicação da escala de Morse; • Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico (marcha) – aplicação do teste de Tenetti; • Identificar os fatores intrínsecos e extrínsecos associados ao risco de queda; • Gerir o ambiente físico da unidade da S.^a dona Ana; • Gerir com a S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria a atividade executada pela própria; • Informar a S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria sobre o seu risco de queda; • Informar a S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria sobre o risco de realizar levante do leito sem ajuda; • Supervisionar as transferências e treino de marcha da S.^a dona Ana, • Envolver a S.^a dona Ana no cuidado de si e a família no processo de cuidado do outro; • Ensinar a S.^a dona Ana e S.^a dona Maria sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Consequências das quedas; – Como gerir o ambiente físico no hospital (não realizar levante com luminosidade reduzida, ter o telemóvel próximo de si) e em casa (retirar tapetes, organizar os objetos e moveis que possam obstruir a livre circulação pela casa); – Técnica de transferência (do leito, do sofá, da cadeira); – Técnica de marcha; – Apoios (unilaterais ou bilaterais) de marcha existentes para minimizar o risco de desequilíbrio e de queda; – Vestuário e calçado mais adequado para reduzir o risco de queda; • Solicitar apoio da fisioterapia e o desenvolvimento pela mesma de um programa de exercícios para o domicílio; • Incentivar e reforçar a necessidade de realizar os exercícios transmitidos pela fisioterapeuta; • Validar conhecimentos transmitidos; • Promover espaço e tempo para a família colocar as suas dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro comprometeu-se a promover a melhoria da capacidade de marcha e a reduzir o risco de quedas 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana garantiu que iria manter no domicílio os exercícios transmitidos pela fisioterapeuta; • A S.^a dona Maria comprometeu-se a supervisionar, sempre que possível, as transferências e a marcha da S.^a dona Ana no domicílio, bem como a incentivar que a mesma realize exercício físico; • A S.^a dona Ana comprometeu-se a não realizar levante do leito, cuidados de higiene no chuveiro e marcha sem supervisão; • A S.^a dona Ana e a filha comprometeram-se a gerir adequadamente o ambiente físico de casa; 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria reconhecem que a primeira tem risco de queda elevado; • A S.^a dona Ana e a S.^a dona Maria tem conhecimentos sobre: consequências das quedas, como gerir o ambiente físico, as técnicas de transferência e marcha, e a importância de calçado e vestuário adequado; • A S.^a dona Ana é capaz de realizar os exercícios físicos transmitidos pelo fisioterapeuta;
--	--	---	--	--

<p><u>Risco de déficit de ingestão nutricional</u> relacionada com a perda de mais de acentuada nos últimos meses manifestada por risco de desnutrição</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o seu estado nutricional – Mini Avaliação Nutricional; • Avaliar os conhecimentos da S.^a dona Ana e Cuidadora sobre alimentação saudável; • Envolver a S.^a dona Ana no cuidado de si e a família no processo de cuidado do outro; • Realizar ensinamentos sobre hábitos alimentares mais saudáveis; • Reforçar a importância de uma alimentação saudável, equilibrada e pobre em hidratos de carbono de absorção rápida; • Incentivar o reforço hídrico, o aumento da ingestão de alimentos ricos em proteínas, micronutrientes (cálcio, vitaminas D, B12, B6) e fibras; • Solicitar apoio da nutricionista para elaborar um plano alimentar adequado às necessidades da S.^a dona Ana e à sua dieta vegetariana; • Monitorizar regularmente o peso corporal e IMC; • Reavaliar os conhecimentos transmitidos; • Promover espaço e tempo para a família colocar as suas dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro comprometeu-se a ajudar a melhorar o regime alimentar em termos de qualidade, quantidade e frequência. • O enfermeiro comprometeu-se a entregar plano alimentar à S.^a dona Ana; 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana comprometeu-se a melhorar a sua ingestão hídrica diária; • A S.^a dona Ana comprometeu-se a monitorizar o seu peso corporal regularmente; • A S.^a dona Ana comprometeu-se a seguir o plano alimentar elaborado pela nutricionista. 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana reconhece de deve monitorizar o seu peso corporal regularmente; • A S.^a dona Ana reconhece de deve melhorar o seu regime alimentar; • A S.^a dona Ana aumentou a ingestão hídrica habitual; • A S.^a dona Ana melhorou o seu apetite e o regime alimentar a nível de qualidade e frequência. • A S.^a dona Maria reconhece as medidas assumidas pela mãe relativamente a este diagnóstico.
<p><u>Hiperglicemia Atual</u> relacionada com corticoterapia instituída, evolução da doença da DMII, má gestão alimentar e manifestada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar e avaliar a glicemia capilar em jejum e pós-prandial (3 x por dia); • Administrar insulina basal prescrita e insulina rápida de correção de acordo com o protocolo do serviço; • Vigiar os sinais e sintomas associados às complicações agudas e tardias; • Envolver a S.^a dona Ana no cuidado de si e a família no processo de cuidado do outro; • Avaliar os conhecimentos da S.^a dona Ana e cuidadora sobre a DMII (a etiologia da DMII; alimentação adequada; cuidados aos pés, sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia e as intervenções a adotar em cada situação concreta; complicações tardias da doença; manuseamento do glicómetro, das canetas de punção capilar e de insulina; e gestão do regime medicamentoso); • Solicitar o apoio da nutricionista para adequar a dieta à situação de saúde da S.^a dona Ana; 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro compromete-se a realizar ensinamentos sobre a DMII; • O enfermeiro comprometeu-se a contactar a nutricionista para elaborar um plano alimentar adequado; • O enfermeiro comprometeu-se a ajudar a gerir os valores 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana comprometeu-se a avaliar a glicemia no domicílio pelo menos duas vezes por dia e a registar o seu valor; • A S.^a dona Ana comprometeu-se a adquirir conhecimentos sobre a DMII; • A S.^a dona Ana comprometeu-se a visitar regularmente a unidade de saúde para vigilância da DMII, • A S.^a dona Ana comprometeu-se a 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana e a cuidadora reconhecem a hiperglicemia como um risco para a sua saúde; • A S.^a dona Ana e a cuidadora têm conhecimentos sobre a DMII; • A S.^a dona Ana, com supervisão da cuidadora, é capaz de realizar a autoavaliação da glicemia; • A S.^a dona Ana sabe qual a alimentação adequada para a DMII,

<p>por hiperglicemias pós-prandiais entre os 200 e os 290 mg/dl.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoio do médico assistente no sentido de otimizar a terapêutica direcionada para o controlo da glicemia, e programar o esquema terapêutico para o domicílio; • Validar conhecimentos transmitidos; • Promover espaço e tempo para a família colocar as suas dúvidas. 	<p>de glicemia capilar para níveis abaixo dos 180 no período pós-prandial;</p>	<p>realizar uma dieta diabética adequada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana e cuidadora sabem que medicação interfere com os valores da glicemia capilar. • A S.^a dona Ana e a cuidadora sabem que recursos existem na comunidade caso precisem de apoio para a gestão da sua DMII.
<p><u>Conhecimento sobre a DMII diminuído</u> relacionado com a alimentação, complicações agudas e tardias, administração de medicação SC, manuseamento do glicómetro. manifestada pela incapacidade de gerir a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver a S.^a dona Ana no cuidado de si e a família no processo de cuidado do outro; • Ensinar a S.^a dona Ana e Cuidadora sobre: <ul style="list-style-type: none"> – A doença da DMII; – Alimentação adequada; – Cuidados a ter com os pés – As complicações agudas e tardias da doença; – A identificação de sinais e sintomas e hipo e hiperglicemia e as intervenções a adotar em cada situação concreta; – O manuseamento do glicómetro, das canetas de punção capilar e de insulina; – Gestão do regime medicamentoso (antidiabéticos orais, insulina); – Terapêutica prescrita com efeitos secundários nos valores da glicemia, – Locais de administração de insulina; • Avaliar capacidade da S.^a dona Ana e S.^a dona Maria para a avaliação da glicemia, gestão do regime terapêutico e autoadministração de insulina por via SC; • Realizar reforço positivo sobre conhecimentos adquiridos; • Reavaliar os conhecimentos transmitido; • Promover espaço e tempo para a família colocar as suas dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro comprometeu-se a transmitir e avaliar conhecimentos sobre a DMII. 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana e a cuidadora comprometeu-se aprender sobre a doenças da DMII. 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Ana e cuidadora têm conhecimentos alargados sobre vários aspetos da DMII.

situação de doença				
<p><u>Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida relacionado com incapacidade para a S.^a dona Ana preparar e autoadministrar insulina</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver a S.^a dona Ana no cuidado de si e a família no processo de cuidado do outro; • Assegurar a entrega à família de todas as receitas necessárias para a gestão do regime medicamentoso da DMII; • Solicitar apoio do médico para passar as receitas da insulina, fitas para a máquina, agulhas (caneta de insulina e de punção capilar); • Solicitar à S.^a dona Maria que avie e traga a caneta de insulina prescrita (Lantus); • Solicitar à cuidadora que traga o kit de avaliação da glicémia (caneta de punção, glicómetro e fitas de avaliação) da S.^a dona Ana; • Avaliar o equipamento do kit da glicémia (caneta de punção, glicómetro e fitas de avaliação) da S.^a dona Ana; • Avaliar capacidade e conhecimentos sobre a técnica de punção capilar e avaliação da glicemia; • Negociar S.^a dona Ana e cuidadora a melhor estratégia para assegurar a avaliação da glicémia e administração da insulina; • Ensinar à S.^a dona Ana e cuidadora sobre técnica de administração de insulina por via SC e cuidados a ter com a caneta de insulina (armazenamento, prazo de validade, etc); • Treinar com a S.^a dona Ana e S.^a dona Maria técnica de avaliação de glicemia e administração de insulina por via subcutânea; • Realizar reforço positivo sobre conhecimentos adquiridos; • Reavaliar os conhecimentos transmitidos; • Promover espaço e tempo para a S.^a dona Maria treinar as técnicas de avaliação de glicemia e administração de insulina, e colocar as suas dúvidas. • Informar sobre os recursos existentes na comunidade que poderá recorrer/utilizar em caso de surgirem dúvidas (APDP, SNS 24, UCSP, SU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromete-se a realizar ensinamentos sobre a técnica de administração de insulina, assegurando que a S.^a dona Ana, ou a cuidadora, realize a insulina segundo a dose prescrição e a técnica adequada; 	<ul style="list-style-type: none"> • A S.^a dona Maria comprometeu-se a trazer o kit de avaliação da glicémia (para se confirma a funcionalidade do mesmo) e a caneta de insulina, no sentido serem utilizados nos ensinamentos e treinos; • A S.^a dona Ana comprometeu-se a esforçar-se na aprendizagem da técnica de avaliação da glicémia e de administração de insulina; • A S.^a dona Maria comprometeu-se a dar apoio e/ou assistência à mãe no procedimento de avaliação e administração de insulina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apesar de ter algumas dificuldades na administração da insulina a S.^a dona Ana é capaz de realizar corretamente a autoavaliação da glicemia; • Os cuidados associados à gestão do regime terapêutico associado à DMII que a S.^a dona Ana não é capaz de assumir (cuidado de si) são assegurados pela cuidadora (cuidado do outro), • A cuidadora é capaz de manusear corretamente o glicómetro, realizar a punção capilar, interpretar os valores obtidos e administrar corretamente a insulina nos locais adequados. • A cuidadora está informada sobre os recursos existentes na comunidade adequados a dar resposta a questões relativamente à gestão da doença da DMII.

PARTE II – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste estudo de caso contribuiu para salientar a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa na deteção precoce de problemas e na adequação das intervenções de enfermagem. Através deste método de cuidados foi possível obter um retrato global do idoso em todos os seus domínios de funcionamento: físico, mental, psicológico, funcional e psicossocial. A sua operacionalização resultou da observação direta, do juízo clínico e da entrevista semiestruturada, esta última orientada por uma vasta gama de instrumentos de avaliação. Os mesmos foram utilizados, tal como aconselha Sequeira (2018), de forma racional, adequada e em função do que se pretendia determinar. Para a prestação e determinação de necessidades da S.^a dona Ana e sua cuidadora foram mobilizadas diversas escalas e índices de avaliação, o que exigiu um trabalho de pesquisa, análise e compreensão dos mesmos. Na sua maioria foram utilizadas versões dos instrumentos válidos e adaptados para Portugal, no entanto, em algumas áreas do funcionamento humano, como é o caso do físico, recorreu-se a duas escalas traduzidas para português: a escala da *Medical Research Council* modificada e a escala de avaliação nutricional (Mini Nutritional Assessment). A opção pela primeira relaciona-se com o fato de ser recomendada pela DGS (2013), para a avaliação da dispneia. A segunda por ser a mais difundida nas diversas fontes bibliográficas no âmbito da avaliação nutricional da pessoa idosa.

O processo de parceria de Gomes (2016), utilizado neste estudo como modelo orientador dos cuidados de enfermagem, mostrou-se igualmente adequado aos cuidados prestados em meio hospitalar, não obstante do mesmo ter sido, na sua génese, delineado com base no cuidado à pessoa idosa a residir no contexto do domicílio. Neste estudo de caso foi claramente evidente, que aspetos caracterizadores do mesmo, como a importância de uma relação de qualidade, a negociação e a partilha de poder na decisão, se desenvolveram mais precocemente. Tal fato poderá ser explicado exatamente pela maior oportunidade que o enfermeiro tem, relativamente ao que sucede na comunidade, para criar um espaço de reciprocidade que permita escutar as expectativas, experiências, receios e necessidades da pessoa idosa. Nesta situação concreta existiu claramente a oportunidade de construir uma relação de cooperação e confiança, bem como uma ação conjunta no planeamento dos cuidados, entre enfermeiro, S.^a dona Ana e cuidadora. De acordo com os

problemas sinalizado e partilhados foram estabelecidas estratégias, compromissos mútuos e intervenções no sentido de capacitar a S.^a dona Ana a assegurar/assumir o cuidado de si e a S.^a dona Maria o cuidado da mãe (do outro). Todo este processo de parceria envolveu a mobilização de recursos materiais (para os ensinos sobre a DMII, técnica de transferência e treino de marcha), o apoio da equipa interdisciplinar (nutricionista, médica assistente, fisioterapeuta), a transmissão de conhecimentos (alimentação, técnicas de marcha/transferência, gestão do regime terapêutico, gestão da DMII, medidas preventivas da fragilidade, entre outros) e culminou com a alta e o regresso a casa da S.^a dona Ana, capacitada para seguir com o seu projeto de vida e saúde.

Assim, no âmbito do processo de aprendizagem e de aquisição de competência como enfermeiro especialista, na área da prestação de cuidados à pessoa idosa com fragilidade, saliento que o desenvolvimento deste estudo, permitiu-me claramente aperfeiçoar conhecimentos sobre: a importância do modelo de intervenção em enfermagem em de parceria de Gomes (2016) em contexto hospitalar; a especificidade do processo de envelhecimento; os diversos instrumentos de avaliação multidimensional; a condição de frágil e as intervenções de prevenção da mesma.

PARTE III - BIBLIOGRAFIA

Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., T. (2008). Validação da escala de Lawton&Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.

Coelho, M. (2014). *Modelo Integral de Fragilidade do Idoso (do constructo à avaliação - Tilburg Frailty Indicator)*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Universidade de Aveiro, Porto.

Costa-Dias, M., J., M., Ferreira, P., L. & Oliveira, A., S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista Referência*, IV Série (2), 7-17. Acedido em 10/10/2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a02.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2013). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – norma da direção-Geral da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 10/01/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011-de-30092011-atualizada-a-10092013.aspx>.

Ermida, J. G. (2014). Avaliação geriátrica global. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatrics fundamental – saber e praticar* (pp. 103 – 117). Lisboa: Lidel.

Fontes Ribeiro, C., A. (2014). Farmacologia no idoso. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatrics fundamental – saber e praticar* (pp. 119 – 127). Lisboa: Lidel.

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Guerreiro, M.P. e Col. (1994). Adaptação à população Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1 (9).

Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosa: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 115-174). Loures: Lusociência

Resende, J. A. (2001). Contributo para o processo de validação intercultural dos instrumentos de medida: Funcional Ambulation Categories e Hauser Ambulation Index. Monografia. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.

Mourão, L. (2008). *Aplicação da Escala de Gijón em rastreio de Risco Social*. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Gerontologia.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento (2ªed)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II Série, 12, 9-16.

Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Wright, L., M. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

Sites consultados:

https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf

APÊNDICE XIV

Sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar da USF

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da sessão: Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador principal.

Destinatários/ formandos: Equipa multidisciplinar da USF.

Formador: Enfermeiro Bruno Verde - Aluno de Especialidade Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa.

Objetivos da sessão:

- Explicar o contexto de estágio à equipa;
- Abordar a temática da fragilidade na pessoa idosa;
- Apresentar o estudo de investigação sobre a fragilidade na pessoa idosa que será desenvolvido na USF.

Objetivos específicos:

- Contextualizar a problemática da fragilidade na pessoa idosa;
- Justificar a pertinência do estudo de investigação;
- Explicar o desenho de investigação adotado;
- Exibir o cronograma da investigação.

Duração da sessão: 20 minutos.

Hora, data e local: 13 horas do dia 10 de outubro de 2018 na USF.

APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa
UC- Estágio com relatório

**Prevenção da fragilidade:
cuidados de enfermagem em parceria com a
pessoa idosa e/ou o cuidador principal
Estudo de investigação**

Orientadora:
Professora Doutora Idalina Gomes

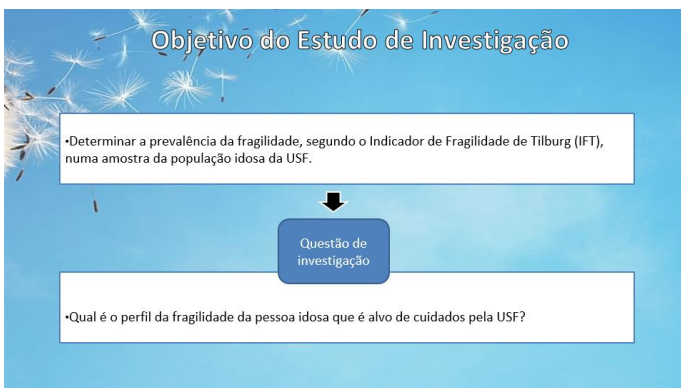
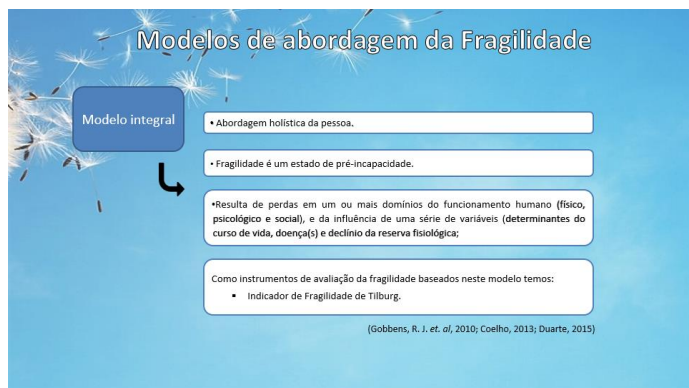
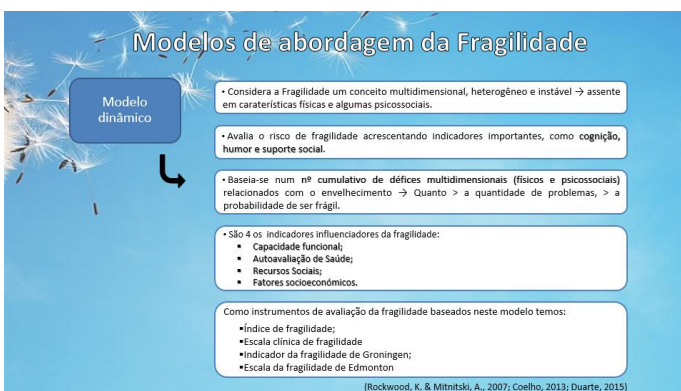
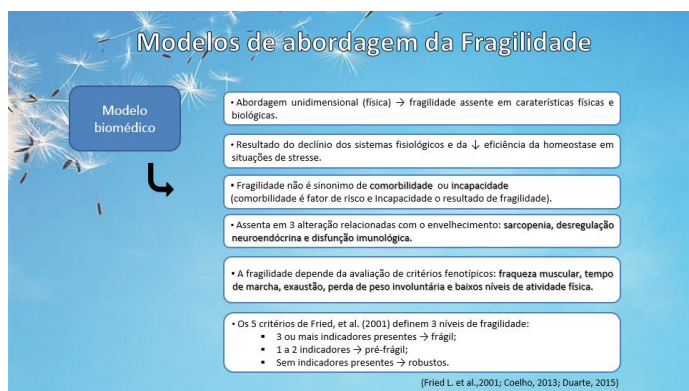
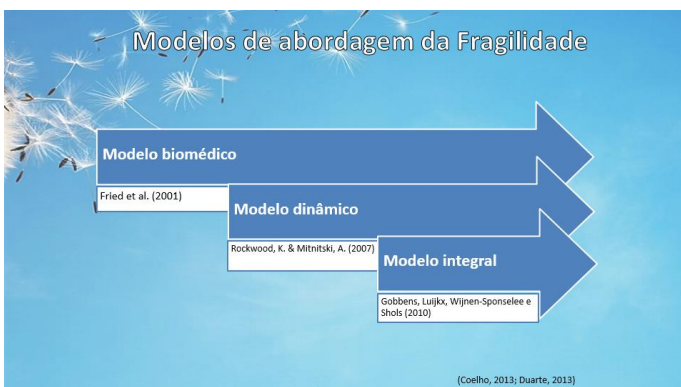
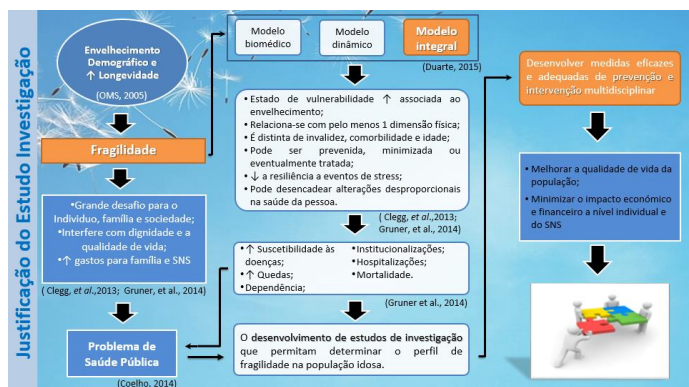
Orientadora de Estágio:
Enf.ª Especialista Isabel Almeida

Discente:
Bruno Verde nº 4536

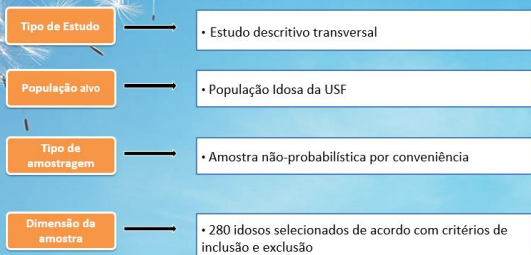
10 de outubro 2018

Sumário

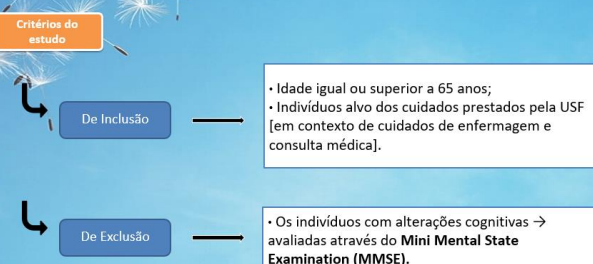
1. Justificação da pertinência do Estudo de Investigação
2. Objetivo do Estudo
3. Desenho da Investigação
4. Cronograma
5. Bibliografia



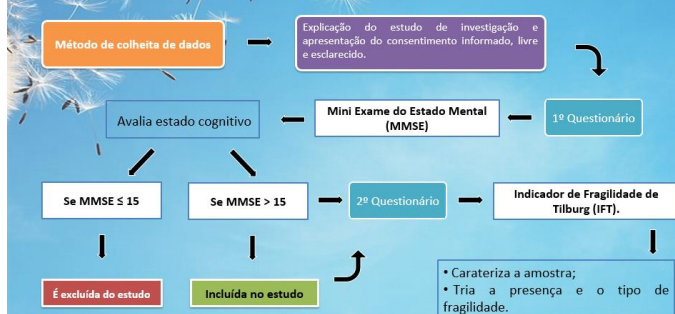
Desenho do estudo de investigação



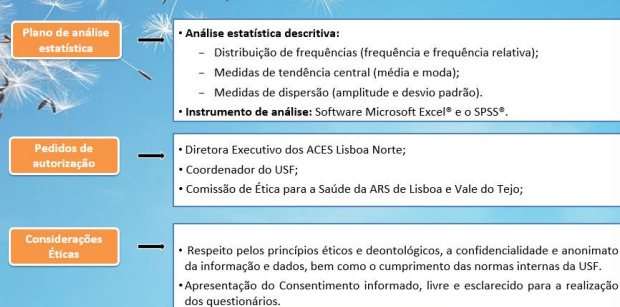
Desenho do estudo de investigação



Desenho do estudo de investigação



Desenho do estudo de investigação



Cronograma do estudo de investigação

Atividades	2018				2019											
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Revisão da literatura, narrativa e de scoping																
Reuniões tutoriais																
Reuniões com a equipa para apresentação do projeto																
Aplicação do IFT a uma amostra da população idosa																
Análise os dados resultante da aplicação do IFT																
Desenvolvimento do estudo																
Realização do relatório																

Referências Bibliográficas

- Clegg, A., Young, J., Liff, S., Rikkert, M.O., Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762.
- Coelho, M. (2014). *Modelo Integral de Fragilidade do Idoso (do constructo à avaliação - Tilburg Frailty Indicator)*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Universidade de Aveiro, Porto.
- Duarte, M. (2015). *Fragilidade em Idosos – Modelos, medidas e implicações práticas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Macbenns, R. J., Luijck, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T. & Shols, J. M. G. A. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58, (2), 76-86.
- Grunet, H., Antunes, M., Magalhães, F. G., Castro, S. G. (2014). O Idoso frágil. In Veríssimo, M (coord.). *Geriatría fundamental – saber e praticar* (pp. 159 – 178). Lisboa: Lidel.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Fried L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W., Burke, g. & McBurnie, M. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56 (3), 146-157.
- Rockwood, K. & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *Journal of Gerontology: Medical Science*, 62(7), 722-727.

APÊNDICE XV

Avaliação da sessão de formação realizada na USF

Tema: Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador principal.

Formador: Enfermeiro Bruno Verde - Aluno de Especialidade Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa.

Formandos: Equipa de enfermagem e médica.

Local: USF

Data: 10 outubro 2018

Participantes: 12

Resultados da avaliação:

Conteúdo	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Os assuntos tiveram interesse.	-	-	-	17%	<u>83%</u>
Os temas foram de fácil compreensão.	-	-	-	8%	<u>92%</u>
Métodos/Recursos Didáticos	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Adequação dos métodos utilizados.	-	-	-	17%	<u>83%</u>
Os métodos facilitaram a compreensão.	-	-	-	33%	<u>67%</u>
Os recursos facilitaram a compreensão.	-	-	-	25%	<u>75%</u>
Intervenção do Formador	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Foi claro nas intervenções.	-	-	-	17%	<u>83%</u>
Cumpriu os objetivos propostos.	-	-	-	8%	<u>92%</u>
Conseguiu promover a participação dos formandos.	-	-	-	25%	<u>75%</u>
Utilizou linguagem acessível.	-	-	-	8%	<u>92%</u>
Equilibrou a distribuição do tempo pelos temas.	-	-	-	-	<u>100%</u>
Dominou os conteúdos apresentados.	-	-	-	-	<u>100%</u>
Organização Sessões	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
As instalações foram adequadas.	-	-	-	50%	50%
A duração da formação foi adequada.	-	-	-	-	<u>100%</u>
O tempo dedicado à exposição teórica foi adequado.	-	-	-	33%	<u>67%</u>
A documentação distribuída foi adequada	-	-	-	-	<u>100%</u>
Apoio Logístico	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Instalações.	-	-	-	50%	50%
Meios audiovisuais.	-	-	-	42%	<u>58%</u>
Apoio técnico/administrativo.	-	-	-	50%	50%

APÊNDICE XVI

1ª Sessão de formação realizada no serviço de Medicina

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO N.º 1

Tema da sessão: Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador principal.

Destinatários/ formandos: Equipa de enfermagem da Medicina.

Formador: Enf.º Bruno Verde - Aluno de Especialidade Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa.

Objetivo geral:

- Apresentar o projeto de estágio à equipa de enfermagem.

Assuntos a abordar:

- Contextualizar a problemática da fragilidade na pessoa idosa;
- Informar sobre o meu papel no serviço enquanto aluno de especialidade;
- Apresentar o desenho do estudo de investigação sobre a fragilidade na pessoa idosa hospitalizada em desenvolvimento no serviço de Medicina.

Início da sessão: 14h45

Duração da sessão: 30 minutos

Data: 9 de janeiro de 2019

Local: Sala de pausa

DIAPOSITIVOS UTILIZADOS NA APRESENTAÇÃO (POWERPOINT)

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa
UC- Estágio com relatório

**Prevenção da fragilidade:
cuidados de enfermagem em parceria com a
pessoa idosa e/ou o cuidador principal
Estudo de investigação**

Orientadora:
Professora Doutora Idalina Gomes

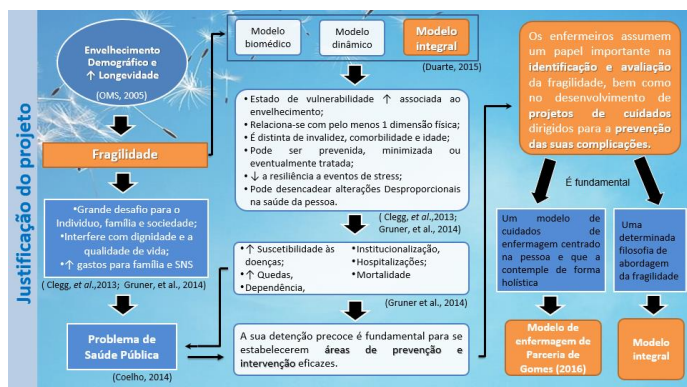
Orientadora de Estágio:
Enf.ª Especialista Sandra Gaspar

Discente:
Bruno Verde nº 4536

09 de janeiro 2019

Sumário

1. Pertinência do projeto de estágio
2. Objetivos do projeto
3. Atividades a desenvolver
4. Desenho da investigação
5. Cronograma
6. Referências bibliográficas



Modelo enfermagem e de abordagem da Fragilidade

Modelo de enfermagem de Parceria

O modelo de enfermagem em Parceria de Gomes (2016) é adequado para a prática de cuidados em situações de fragilidade, pois permite conhecer a natureza das necessidades/dificuldades/problemas da pessoa idosa e/ou cuidador e, através de um processo de **partilha e ação conjunta**, construir um **Projeto de Cuidados** (Collière, 1999, 2001) que capacite ambos a assumir o **cuidado de si** (Gomes, 2016).

Modelo integral

- Abordagem holística da pessoa;
- Fragilidade é um estado de pré-incapacidade;
- Resulta de perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social), e da influência de uma série de variáveis (determinantes do curso de vida, doença(s) e declínio da reserva fisiológica);
- Como instrumentos de avaliação da fragilidade baseados neste modelo temos: Indicador de Fragilidade de Tilburg.

(Gobbens, Luijck, Wijnen-Sponselee e Shols, 2010; Coelho, 2013; Duarte, 2015)

Período de Estágio

- Novembro de 2018 a Fevereiro de 2019

Objetivos Gerais

- Desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com o idoso e/ou o seu cuidador, na prevenção dos riscos da fragilidade;
- Desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa;
- Determinar a prevalência da fragilidade, segundo o Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT), numa amostra da população idosa da USF e do serviço de Medicina.

Objetivos Específicos

- Aprofundar conhecimentos sobre a fragilidade na pessoa idosa;
- Analisar o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa potencialmente ou efetivamente frágil e/ou seu cuidador;
- Desenvolver cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador na prevenção da fragilidade e promoção do cuidado de si;
- Mobilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador, na prevenção dos riscos da fragilidade;
- Capacitar a equipa de enfermagem para o desenvolvimento de intervenções de prevenção da fragilidade na pessoa idosa em contexto hospitalar;
- Caracterizar o perfil da fragilidade de uma amostra da pessoa idosa no contexto do serviço de Medicina.

Plano de atividades a desenvolver

- Realização de sessões de formação sobre a problemática da fragilidade na pessoa idosa;
- Promover momentos formais e informais de reflexão sobre os cuidados prestados no sentido da prevenção da fragilidade;
- Prestar cuidados de enfermagem segundo o modelo de parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar;
- Realização de um estágio de observação com a Equipa de Gestão de Altas (EGA);
- Elaboração:
 - ✓ Dossier sobre fragilidade na pessoa idosa constituído por:
 - Literatura de apoio;
 - Intervenções de enfermagem dirigidas para cada nível de prevenção;
 - Fluxograma de aplicação de escalas de avaliação de fragilidade.
 - ✓ Folheto e poster sobre a fragilidade na pessoa idosa;
- Elaboração de um estudo de caso;
- Estudo de investigação.



Objetivo do Estudo de Investigação

• Determinar a prevalência da fragilidade, segundo o Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT), numa amostra da população idosa do serviço de Medicina.

Questão de investigação

• Qual é o perfil da fragilidade da pessoa idosa internada no serviço de Medicina?

Desenho do estudo de investigação

Tipo de Estudo

• Estudo descritivo transversal

População alvo

• População idosa do serviço de Medicina

Tipo de amostragem

• Amostra não-probabilística por conveniência

Critérios do estudo

De Inclusão

• Idade igual ou superior a 65 anos;
• Indivíduos internados.

De Exclusão

• Indivíduos com alterações cognitivas → avaliadas através do Mini Mental State Examination (MMSE).

Desenho do estudo de investigação

Método de coleta de dados

Explicação do estudo de investigação e apresentação do consentimento informado, livre e esclarecido.

Avalia estado cognitivo

Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

1º Questionário

Se MMSE ≤ 15

Se MMSE > 15

2º Questionário

Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT).

É excluído do estudo

Incluído no estudo

• Caracteriza a amostra;
• Diagnostica a fragilidade.

Desenho do estudo de investigação

Plano de análise estatística

• **Análise estatística descritiva:**
– Distribuição de frequências (frequência e frequência relativa);
– Medidas de tendência central (média e moda);
– Medidas de dispersão (amplitude e desvio padrão).
• **Instrumento de análise:** Software Microsoft Excel® e o SPSS®.

Pedidos de autorização

• Diretora de enfermagem do CHLN;
• Diretora clínica do Serviço de Medicina;
• Comissão de Ética para a Saúde do CHLN;

Considerações Éticas

• Respeito pelos princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato da informação e dados, bem como o cumprimento das normas internas da USF.
• Apresentação do Consentimento informado, livre e esclarecido para a realização dos questionários.

Cronograma

Atividades	Ano											
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Revisão narrativa da literatura em bases de dados online, livros e artigos científicos sobre: bases conceituais e respetivas definições da fragilidade, prevalência da fragilidade; instrumentos de diagnóstico de fragilidade; medidas preventivas da fragilidade												
Revisão scoping da literatura sobre as intervenções na prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa;												
Definir um programa de intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção primária, secundária e terciária, segundo uma conceção multidimensional da fragilidade;												
Identificação do(s) instrumento(s) para avaliação e diagnóstico da fragilidade que melhor se adequem à filosofia de cuidados de enfermagem.												
Consulta da legislação sobre as competências dos enfermeiros generalistas e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa idosa;												
Revisão narrativa da literatura em bases de dados online, livros e artigos científicos sobre: cuidados à pessoa idosa e/ou cuidador, segundo o modelo de parceria em enfermagem; e intervenções do enfermeiro generalista e especialista na prevenção dos riscos da fragilidade na pessoa idosa;												
Reflexão sobre o papel do enfermeiro generalista e especialista na prestação de cuidados à pessoa potencialmente ou efetivamente frágil e/ou cuidador.												

Cronograma

Atividades	Ano											
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Realização de estágio na USF												
Realização de estágio na Medicina												
Diagnóstico e caracterização da fragilidade na pessoa idosa, pela aplicação do instrumento de avaliação: IFT												
Elaboração de projetos de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador												
Participação nas reuniões da EGA, como elo de ligação do serviço, na identificação de necessidades/dificuldades da pessoa idosa e/ou cuidador e no planeamento, em parceria com ambos, de projetos de cuidados												
Elaboração de estudos de caso												
Realização de uma reunião com a enfermeira chefe para apresentar o projeto de estágio												
Realização de sessões de formação dirigidas à equipa de enfermagem sobre: a problemática da fragilidade na pessoa idosa e dos riscos associados à mesma; a importância da avaliação, diagnóstico e prevenção (primária, secundária e terciária) associadas à fragilidade na pessoa idosa.												
Realização de uma reunião com a equipa de enfermagem para a apresentação, análise e discussão do projeto												

Cronograma

Atividades	Ano											
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Elaboração, em parceria com a orientadora de estágio do respetivo serviço (Enfº especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica) de um dossier e 1 poster sobre a fragilidade na pessoa idosa												
Realização de formação contínua à equipa de enfermagem sempre que se verificar necessário.												
Pedir autorização ao autor que adaptou, para Portugal, o instrumento de avaliação da fragilidade: o IFT												
Mobilização da equipa multidisciplinar para a necessidade e importância de caracterizar o perfil da fragilidade na pessoa idosa;												
Capacitação da equipa de enfermagem para a utilização do instrumento de avaliação da fragilidade: o IFT;												
Aplicação do instrumento de avaliação da fragilidade: o IFT, a uma amostra da população idosa;												
Comunicação à equipa multidisciplinar sobre a prevalência da fragilidade no serviço												
Realização de um artigo científico sobre a fragilidade e a sua prevalência em ambos os contextos de cuidados;												
Integração do projeto de investigação na UIDE para caracterização da fragilidade da pessoa idosa num contexto de cuidados de saúde primários e secundários e de intervenções de enfermagem para a promoção do cuidado de si.												
Realização do relatório de estágio												

Referências Bibliográficas

- Clegg, A. Young, J., Liff, S., Rikkert, M., Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. The Lancet, 381(9868), 752-762
- Coelho, M. (2014). Modelo Integral de Fragilidade do Idoso (do constructo à avaliação - Tilburg Frailty Indicator). Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Universidade de Aveiro, Porto.
- Collière, M.F. (1999). Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: UIDEL.
- Collière, M. F. (2001). Cuidar ...A primeira arte da vida. Loures: Lusociência.
- Duarte, M. (2015). Fragilidade em Idosos - Modelos, medidas e implicações práticas. Lisboa: Coisas de Ler.
- Gibbens, R. J., Luijck, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T. & Shols, J. M. G. A. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. Nursing Outlook, 58, (2), 76-86.
- Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas. Gruner, H., Antunes, M., Magalhães, F. G., Castro, S. G. (2014). O idoso frágil. In Veríssimo, M (coord.). Geriatria fundamental – saber e praticar (pp. 159 – 178). Lisboa: Lidel
- Gruner, H., Antunes, M., Magalhães, F. G., Castro, S. G. (2014). O idoso frágil. In Veríssimo, M (coord.). Geriatria fundamental – saber e praticar (pp. 159 – 178). Lisboa: Lidel
- Organização Mundial de Saúde (2005). Envelhecimento Activo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde;

APÊNDICE XVII

2ª Sessão de formação realizada no serviço de Medicina

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO N.º 2

Tema da sessão: Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador principal.

Destinatários/ formandos: Equipa de enfermagem.

Formador: Enf.º Bruno Verde - Aluno de Especialidade Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa.

Objetivo geral:

- Promover momentos de reflexão sobre os cuidados prestados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidadora no sentido da prevenção dos riscos da fragilidade.

Tema a abordar:

- Problemática da fragilidade na pessoa idosa;
- Os modelos de abordagem da fragilidade;
- O modelo de enfermagem de intervenção em parceria;
- Avaliação multidimensional da pessoa idosa;
- Um estudo de caso de uma pessoa idosa com fragilidade,

Início da sessão: 14h45.

Duração da sessão: 30 minutos.

Data: 7 de fevereiro de 2019

Local: Sala de pausa.

DIAPOSITIVOS UTILIZADOS NA APRESENTAÇÃO (POWERPOINT)

ESEL
Enfermagem de Especialidade em Longevidade

99 Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa
UC- Estágio com relatório

**Prevenção da fragilidade:
cuidados de enfermagem em parceria com a
pessoa idosa e/ou o cuidador principal
Estudo de caso**

Orientadora:
Professora Doutora Idalina Gomes

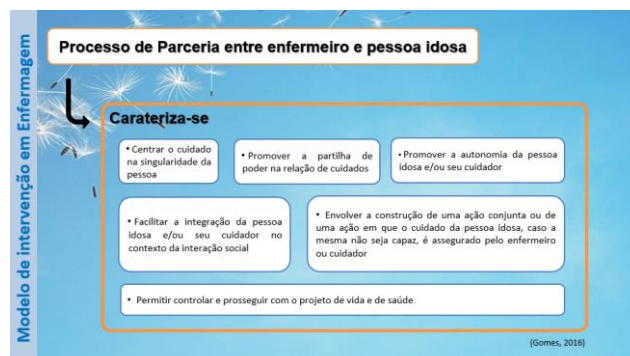
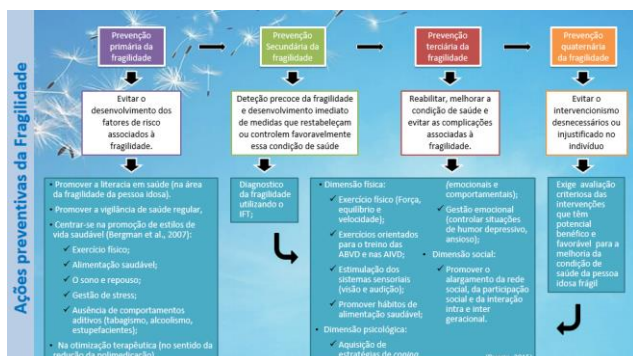
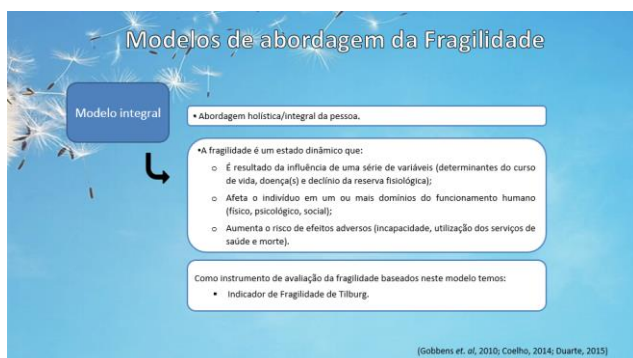
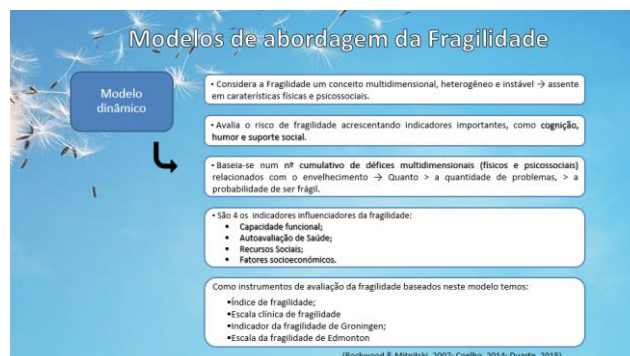
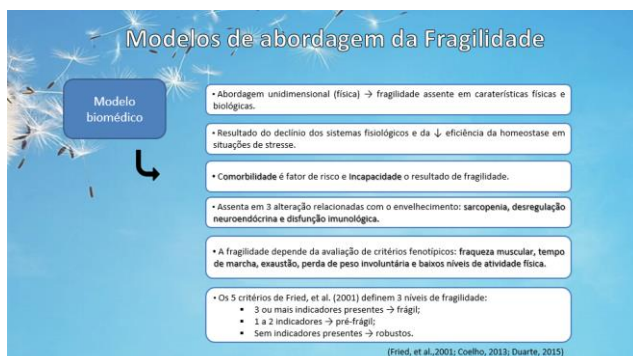
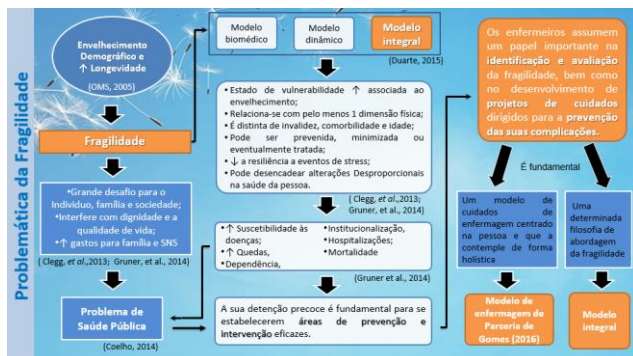
Orientadora de Estágio:
Enf.ª Especialista Sandra Gaspar

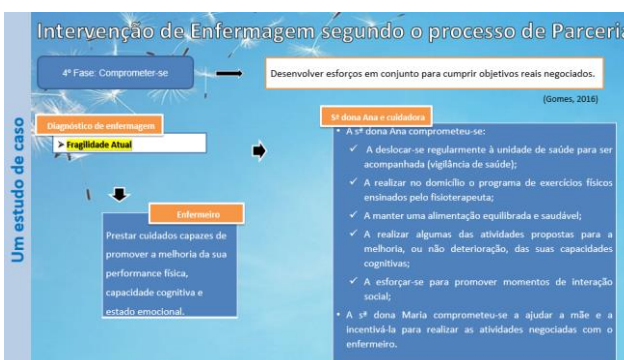
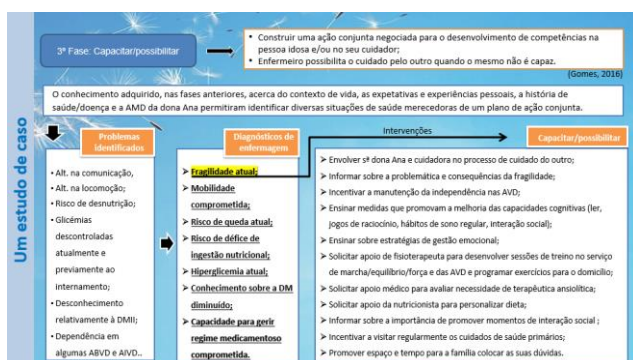
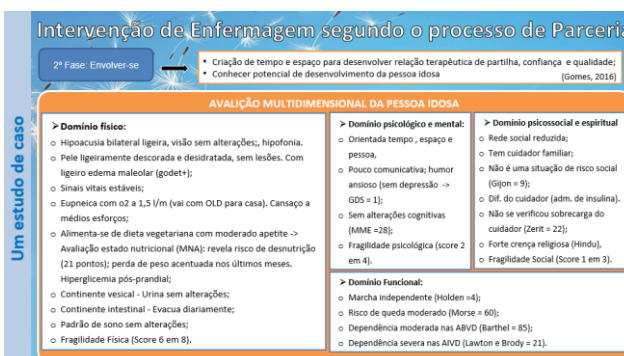
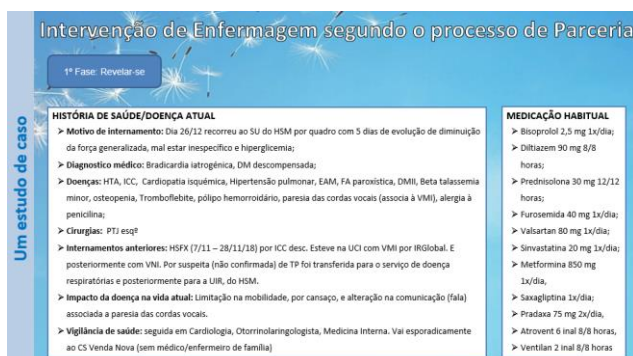
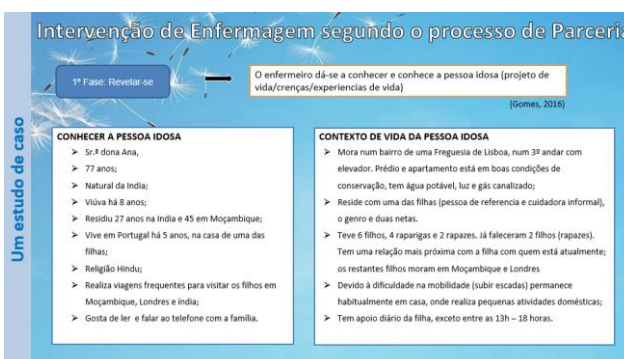
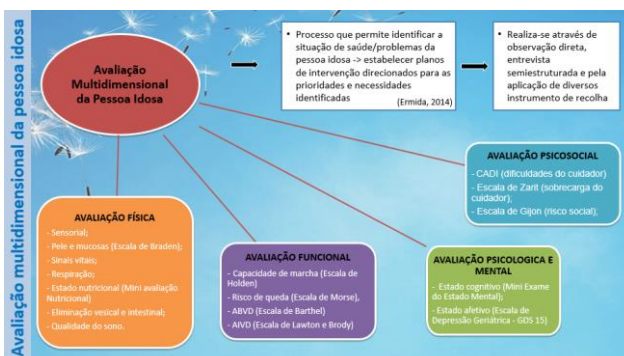
Discente:
Bruno Verde nº 4536

07 de fevereiro 2019

Sumário

1. A problemática da Fragilidade
2. Modelos de abordagem da Fragilidade
3. Modelo de intervenção em Enfermagem
4. Avaliação multidimensional da pessoa idosa
5. Estudo de caso
6. Intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa
7. Referências bibliográficas





Referências Bibliográficas

- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-6.
- Clegg, A., Young, I., Liff, S., Kikkert, M., Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762.
- Collière, M. (2014). *Modelo Integrado de Fragilidade do Idoso (do construto à avaliação - Tilburg Frailty Indicator)*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Universidade de Aveiro, Porto.
- Collière, M.J. (1999). *Promover o Viver - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.
- Collière, M.F. (2001). *Cuidar - A primeira arte de viver*. Lisboa: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 5/02/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2016). *MODELO DE GOVERNAÇÃO A 2020 - Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 5/02/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Duarte, M. (2015). *Fragilidade em idosos - Modelos, medidas e implicações práticas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Ermda, J.G. (2014). Avaliação geriátrica global. In Verissimo, M. (coord.). *Geriatrica fundamental - saber e praticar* (pp. 103 – 117). Lisboa: Lidel.
- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56 (3), 146-157.
- Gobbens, R. J., Luijck, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T. & Shols, J. M. G. A. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58, (2), 76-86.
- Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Gruher, H., Antunes, M., Magalhães, F. G., Castro, S. G. (2014). O idoso frágil. In Verissimo, M. (coord.). *Geriatrica fundamental - saber e praticar* (pp. 159 – 178). Lisboa: Lidel.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62(7), 722-727.
- Ventura, M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev SOCCER*, 20(5):383-386.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

APÊNDICE XVIII

Avaliação das duas sessões de formação realizadas no serviço de Medicina

Avaliação das sessões de formação n.º 1 e 2

Tema: Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador principal.

Formador: Enfermeiro Bruno Verde - Aluno de Especialidade Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa.

Formandos: Equipa de enfermagem.

Local: Medicina

Data: 9 de janeiro e 7 de fevereiro de 2019

Participantes: 19 (10 na 1ª sessão e 9 na 2ª sessão)

Resultados da avaliação de ambas as sessões:

Conteúdo	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Os assuntos tiveram interesse.	-	-	-	21%	<u>79%</u>
Os temas foram de fácil compreensão.	-	-	-	26%	<u>74%</u>
Métodos/Recursos Didáticos	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Adequação dos métodos utilizados.	-	-	-	34%	<u>63%</u>
Os métodos facilitaram a compreensão.	-	-	-	26%	<u>74%</u>
Os recursos facilitaram a compreensão.	-	-	-	32%	<u>68%</u>
Intervenção do Formador	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Foi claro nas intervenções.	-	-	-	21%	<u>79%</u>
Cumpriu os objetivos propostos.	-	-	-	21%	<u>79%</u>
Conseguiu promover a participação dos formandos.	-	-	-	32%	<u>68%</u>
Utilizou linguagem acessível.	-	-	-	16%	<u>84%</u>
Equilibrou a distribuição do tempo pelos temas.	-	-	-	16%	<u>84%</u>
Dominou os conteúdos apresentados.	-	-	-	16%	<u>84%</u>
Organização Sessões	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
As instalações foram adequadas.	-	-	-	<u>63%</u>	37%
A duração da formação foi adequada.	-	-	-	32%	<u>68%</u>
O tempo dedicado à exposição teórica foi adequado.	-	-	-	26%	<u>74%</u>
A documentação distribuída foi adequada	-	-	-	26%	<u>74%</u>
Apoio Logístico	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Instalações.	-	-	-	<u>63%</u>	37%
Meios audiovisuais.	-	-	-	42%	<u>58%</u>
Apoio técnico/administrativo.	-	-	5%	42%	<u>53%</u>

APÊNDICE XIX

Poster - Prevenção da fragilidade: Uma questão de Saúde Pública



A FRAGILIDADE NA PESSOA IDOSA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

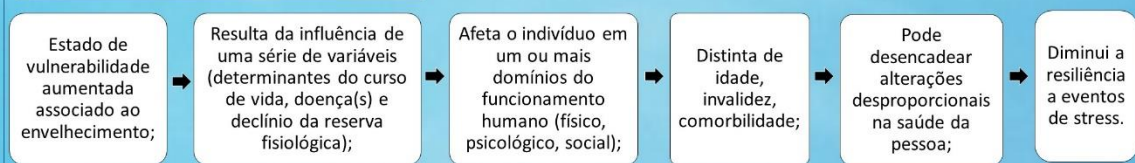
Bruno Verde ⁽¹⁾, Sandra Gaspar ⁽²⁾, Clotilde Simões ⁽³⁾ e Idalina Gomes ⁽⁴⁾

Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa
(1) Estudante de especialidade MC, (2) Orientadora de Estágio, (3) Chefe do serviço de Medicina (4) Docente da ESEL.

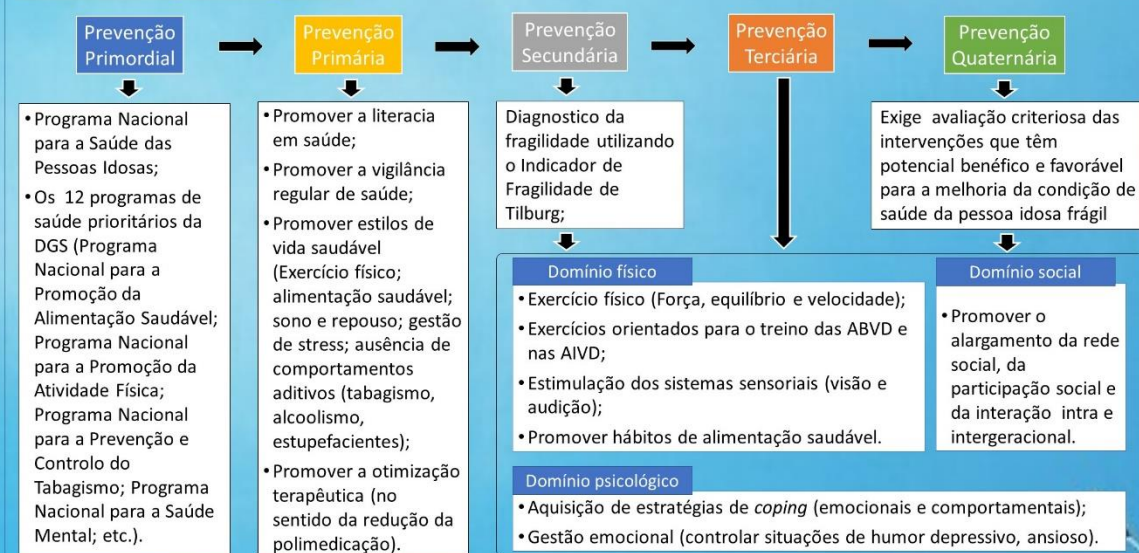
Problemática

A entrada neste milénio foi acompanhada por uma realidade populacional caracterizada por elevado índice de envelhecimento. Este facto constitui-se como um grande desafio para o indivíduo, a família e a sociedade, pois associado ao mesmo tem se verificado um aumento na prevalência e gravidade de diversas situações de saúde, como é o caso da fragilidade. Esta é uma condição que tem consequências negativas na qualidade de vida da população, especialmente a mais idosa, e a nível económico, pois está associada uma maior incidência de quedas, suscetibilidade às doenças, dependência, institucionalização, hospitalização e mortalidade.

Conceito Multidimensional de Fragilidade



Áreas de Prevenção da Fragilidade



APÊNDICE XX

Desenho do estudo de investigação da USF

TÍTULO: Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar.

IDENTIFICAÇÃO DOS INVESTIGADORES:

Idalina Delfina Gomes: docente da ESEL, investigadora da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) e orientadora deste projeto, inserido no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em EMC, na Vertente Pessoa Idosa.

Bruno César Cardoso Verde: aluno da ESEL e investigador na realização deste projeto, inserido no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em EMC, na Vertente Pessoa Idosa.

IDENTIFICAÇÃO DAS ENTIDADES ENVOLVIDAS:

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE): é uma organização associada à ESEL que tem como missão desenvolver trabalhos de investigação na área da enfermagem, saúde e educação, e objetivo principal produzir evidência científica que melhore a qualidade de vida e a eficácia dos cuidados de enfermagem em diversos contextos (UI&DE, 2018).

Unidade de Saúde Familiar (USF): Integra a ACES Lisboa Norte, cuja missão é garantir a excelência dos CSP e obter ganhos em saúde com a participação e satisfação do cidadão e dos seus profissionais (ACES Lisboa Norte, 2018). Esta unidade funcional constituída por uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros e secretárias clínicas, tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados (individuais e familiares) à população ali inscrita, bem como garantir a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade desses mesmos cuidados (ACES Lisboa Norte, 2016).

OBJETIVO: Caraterizar o perfil da fragilidade da população idosa alvo dos cuidados pela USF.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Qual é o perfil da fragilidade da pessoa idosa que é alvo de cuidados pela USF?

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Desenho do estudo: O trabalho de investigação que se pretende desenvolver corresponde a um estudo descritivo transversal

Duração do estudo de investigação: Período temporal de desenvolvimento compreendido entre setembro de 2018 e dezembro de 2019.

População alvo: População idosa da USF

Crítérios de inclusão:

Idade igual ou superior a 65 anos;

Indivíduos alvo dos cuidados prestados pela USF [em contexto de cuidados de enfermagem e consulta médica]

Crítérios de exclusão:

Os indivíduos com alterações cognitivas (avaliadas a través de instrumento adequado - Mini Mental State Examination (MMSE);

Tipo de Amostragem: Amostragem não-probabilística de conveniência, estimando-se que venha a ser recolhida informação de 280 pessoas idosas. Esta quantidade é estimada com base no número de idosos que se espera virem diariamente a recorrer a USF e ser assistidos no domicílio, tendo por base informação recolhida junto dos enfermeiros da USF. Note-se que a dimensão estimada da amostra, obtida por conveniência, corresponde a 13% do número total de idosos e é superior ao valor teórico que seria obtida no caso de ser recolhida uma amostra aleatória de dimensão (n, sendo n=271)

$$n = \frac{\hat{p}\hat{q}Z_{\alpha/2}^2}{E^2}$$

em que:

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado igual a 1,645.

\hat{p} = Estimativa da proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que estamos interessados em estudar igual a 50%.

\hat{q} = Estimativa da proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que estamos interessados em estudar ($\hat{q} = 1 - \hat{p}$).

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p) igual a 5%.

Método de recrutamento dos participantes: a amostra será selecionada por conveniência e de acordo com critérios de inclusão e exclusão. De entre os indivíduos que necessitem de cuidados prestados pela USF e que cumpram os critérios de inclusão definidos, serão convidados a participar no respetivo estudo de investigação. Assim, o recrutamento dos participantes do estudo será realizado através de uma

abordagem à pessoa de forma direta e presencial. À mesma será, sem exceção, explicado o âmbito do estudo e apresentado o Consentimento Informado e Livre e Esclarecido para participação em investigação e a sua participação só acontecerá após o seu consentimento assinado.

Método de colheita de dados: Para avaliação da condição cognitiva do indivíduo, no sentido de determinar se cumpre os critérios de inclusão/exclusão no estudo, será aplicado o exame de avaliação Mini Mental State Examination (MMSE). Este é constituído por teste que avalia o estado cognitivo da população geriátrica. Este, adaptado para Portugal desde 1994, avalia a orientação, memória imediata, a atenção e cálculo, a evocação e a linguagem. Após o seu preenchimento obtém-se um score entre 0 e 30 pontos, que avalia o defeito cognitivo em função do grau de escolaridade. Analfabetos ≤ 15 pontos, 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos e mais que 11 anos de escolaridade ≤ 27 pontos. Este instrumento já utilizado na respetiva USF.

Para caracterizar a fragilidade, caso não sejam identificadas alterações cognitivas através do anterior exame de diagnóstico, será apresentado à pessoa idosa um questionário denominado IFT. Este instrumento, validado para a população Portuguesa desde 2014, é constituído por 25 breves questões, que permite triar a fragilidade na pessoa idosa. É constituído por duas partes, as determinantes da fragilidade (parte A – 10 itens) e as componentes da fragilidade (Parte B - 15 perguntas divididas em três domínios: físico, psicológico e social. Aqui é calculado o score total e de cada domínio da fragilidade.)

Plano de análise estatística: O estudo irá adotar o método de análise estatística descritiva que irá permitir determinar a distribuição de frequências (frequência e frequência relativa), as medidas de tendência central (média e moda) e medidas de dispersão (amplitude e desvio padrão). Como instrumento de análise estatística prevê-se a utilização do Software Microsoft Excel® e o SPSS®.

Pela análise estatística será possível conhecer: a caracterização da população idosa frágil que frequenta a USF, a prevalência de idosos frágeis; os domínios que mais contribuem para fragilidade (física, social e psicológica), as componentes mais relevantes de cada domínio de fragilidade.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

A Seleção da amostra será realizada **de forma justa** e de acordo com critérios de inclusão e exclusão relacionados com os objetivos científicos pretendidos, e não como

resultado de possíveis privilégios, de uma maior vulnerabilidade dos participantes ou potencial para condicionar os resultados.

O estudo de investigação respeitará todos os **princípios éticos e deontológicos**, a **confidencialidade** e **anonimato** da informação e dados, bem como o **cumprimento das normas internas** da USF.

O pedido de aceitação de participação será feito por escrito e a liberdade de participação assegurada. Será garantido, através do **consentimento informado, esclarecido e livre**, que os participantes só faram parte da investigação se assim o desejarem, se o estudo estiver de acordo com os seus valores e interesses e que a recusa em participar não interferirá com os cuidados de saúde a receber.

No respeito pelos participantes será assegurado em todas as fases do estudo: a privacidade e a confidencialidade dos seus dados clínicos; direito dos participantes recrutados a mudar de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem um eventual abandono; informação sobre novos dados eventualmente conhecidos no curso da investigação; Para **garantir o anonimato dos dados** serão retirados todos os identificadores diretos, números de identificação, nomeadamente, o do processo clínico dos participantes. Os responsáveis do projeto irão gerar números aleatórios para cada processo de modo a tornar inviável o relacionamento dos dados com os titulares dos mesmos e os resultados serão apresentados por categorias/ percentagens não se relacionando com os titulares dos mesmos.

Os dados recolhidos serão arquivados em dossiê próprio. A responsabilidade por garantir o anonimato e a proteção do acesso aos dados é dos investigadores do estudo. Concluído o período estipulado para a investigação todos os dados documentados, em formato papel e digital, que conduziram aos resultados e conclusões da investigação serão destruídos.

RECURSOS:

De forma a desenvolver o projeto, prevê-se a necessidade dos seguintes recursos:

Físicos: local de estágio (USF).

Monetários: 500€ da UI&DE da ESEL para despesas de publicação de artigos e despesas de deslocação para apresentações em conferências.

CRONOGRAMA

Atividades	2018			2019											
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Revisão da literatura: narrativa e de <i>scoping</i>															
Reuniões tutorais															
Reuniões com a equipa para apresentação do projeto															
Aplicação do IFT a uma amostra da população idosa															
Analisar os dados resultante da aplicação do IFT															
Desenvolvimento do estudo															
Realização do relatório															

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) (2018). *About Us*. Acedido a 01/08/2018. Disponível em: <http://www.uide.pt/apresentacao/>.

ACES Lisboa Norte. (2016). *Manual de acolhimento*. Lisboa: ACES Lisboa Norte.

APÊNDICE XXI

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação na USF

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar”.

Exmo. Sr. ou Sra.^a, está a ser convidado(a) a colaborar num estudo de investigação que está a ser realizado pelo estudante Bruno Verde, orientado pela Professora Doutora Idalina Gomes, no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa.

Com este estudo pretende-se caracterizar a fragilidade da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade no contexto da Unidade de Saúde Familiar.

A sua participação neste trabalho far-se-á através da aplicação de dois breves questionários: **Mini exame do Estado Mental (MMSE)** e o **Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT)**. O primeiro avalia o estado cognitivo e o segundo permite triar a presença e o tipo de fragilidade (física, social e psicológica).

A informação obtida será tratada de forma confidencial, ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679, de 27 de abril de 2016 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2018). Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento. Importa ainda referir que este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo (ARSLVT).

O seu contributo irá ajudar a desenvolver este estudo, pelo que **agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.**

Investigador: Bruno Verde
Enfermeiro do CHULN

E-mail: brunoverde22@hotmail.com e Tel.: 961131745

Lisboa, ____/____/____

Assinatura de quem pede o consentimento _____

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Lisboa, ____/____/____

Assinatura do participante: _____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA
O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE XXII

Desenho de investigação desenvolvido no serviço de Medicina

TÍTULO: Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar.

IDENTIFICAÇÃO DOS INVESTIGADORES:

Idalina Delfina Gomes: docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, investigadora da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) e orientadora deste projeto, inserido no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em EMC, na Vertente Pessoa Idosa.

Bruno César Cardoso Verde: aluno da ESEL e investigador na realização deste projeto, inserido no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em EMC, na Vertente Pessoa Idosa.

IDENTIFICAÇÃO DAS ENTIDADES ENVOLVIDAS:

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE): é uma organização associada à ESEL que tem como missão desenvolver trabalhos de investigação na área da enfermagem, saúde e educação, e objetivo principal produzir evidência científica que melhore a qualidade de vida e a eficácia dos cuidados de enfermagem em diversos contextos (UI&DE, 2018).

Serviço de Medicina: Integra o CHULN, cuja missão, enquanto instituição pública, geral, central e altamente diferenciada, incluiu a prestação de cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade; o ensino e a formação pré e pós-graduada; o investimento na inovação e investigação; e o desenvolvimento científico (CHULN, 2018).

OBJETIVOS: Determinar a prevalência e perfil da fragilidade na pessoa idosa internada no serviço de Medicina

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Qual é o perfil da fragilidade da pessoa idosa abrangida pelo serviço de Medicina do CHULN?

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Desenho do estudo: O trabalho de investigação que se pretende desenvolver corresponde a um estudo descritivo transversal

Duração do estudo de investigação: Período temporal de desenvolvimento compreendido entre dezembro de 2018 e dezembro de 2019.

População alvo: População idosa do serviço de Medicina.

CrITÉRIOS de inclusão

Idade igual ou superior a 65 anos;

Indivíduos internados no serviço de Medicina

CrITÉRIOS de exclusão

Os indivíduos com alterações cognitivas (avaliadas a través de instrumento adequado - Mini Mental State Examination (MMSE);

Tipo de Amostragem: Amostragem não-probabilística de conveniência

Método de recrutamento dos participantes: a amostra será selecionada por conveniência e de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Os indivíduos que deem entrada no serviço de Medicina e que apresentem critérios de inclusão, serão convidados a participar no respetivo estudo de investigação. O recrutamento dos participantes será realizado através de uma abordagem à pessoa de forma direta e presencial. À mesma será, sem exceção, explicado o âmbito do estudo e apresentado o Consentimento Informado e Livre e Esclarecido para participação em investigação e a sua participação só acontecerá após o seu consentimento assinado.

Método de colheita de dados: Para avaliação da condição cognitiva do indivíduo, no sentido de determinar se cumpre os critérios de inclusão/exclusão no estudo, será aplicado o exame de avaliação **Mini Mental State Examination (MMSE)**. Este é constituído por teste que avalia o estado cognitivo da população geriátrica. Este, adaptado para Portugal desde 1994, avalia a orientação, memória imediata, a atenção e calculo, a evocação e a linguagem. Após o seu preenchimento obtém-se um score entre 0 e 30 pontos, que avalia o defeito cognitivo em função do grau de escolaridade. Analfabetos ≤ 15 pontos, 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos e mais que 11 anos de escolaridade ≤ 27 pontos. Este instrumento já utilizado na respetiva USF.

Para caracterizar a fragilidade, caso não sejam identificadas alterações cognitivas através do anterior exame de diagnóstico, será apresentado à pessoa idosa um questionário denominado **IFT**. Este instrumento, validado para a população Portuguesa desde 2014, é constituído por 25 breves questões, que permite triar a fragilidade na pessoa idosa. É constituído por duas partes, as determinantes da fragilidade (parte A – 10 itens) e as componentes da fragilidade (Parte B - 15 perguntas divididas em três domínio: físico, psicológico e social. Aqui é calculado o score total e de cada domínio da fragilidade.)

Plano de análise estatística: O estudo irá adotar o método de **análise estatística descritiva** que irá permitir determinar a distribuição de frequências (frequência e frequência relativa), as medidas de tendência central (média e moda) e medidas de dispersão (amplitude e desvio padrão). Como instrumento de análise estatística prevê-se a utilização do Software Microsoft Excel® e o SPSS®.

Pela análise estatística será possível conhecer: a caracterização da população idosa frágil internada no serviço de Medicina, a prevalência de idosos frágeis; os domínios que mais contribuem para fragilidade (física, social e psicológica), as componentes mais relevantes de cada domínio de fragilidade.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

A Seleção da amostra será realizada **de forma justa** e de acordo com critérios de inclusão e exclusão relacionados com os objetivos científicos pretendidos, e não como resultado de possíveis privilégios, de uma maior vulnerabilidade dos participantes ou potencial para condicionar os resultados.

O estudo de investigação respeitará todos os **princípios éticos e deontológicos**, a **confidencialidade** e **anonimato** da informação e dados, bem como o **cumprimento das normas internas** do serviço de Medicina.

O pedido de aceitação de participação será feito por escrito e a liberdade de participação assegurada. Será garantido, através do **consentimento informado, esclarecido e livre**, que os participantes só farão parte da investigação se assim o desejarem, se o estudo estiver de acordo com os seus valores e interesses e que a recusa em participar não interferirá com os cuidados de saúde a receber.

No respeito pelos participantes será assegurado em todas as fases do estudo: a privacidade e a confidencialidade dos seus dados clínicos; direito dos participantes recrutados a mudar de ideias e abandonar a investigação sem

qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem um eventual abandono; informação sobre novos dados eventualmente conhecidos no curso da investigação;

Para **garantir o anonimato dos dados** serão retirados todos os identificadores diretos, números de identificação, nomeadamente, o do processo clínico dos participantes. Os responsáveis do projeto irão gerar números aleatórios para cada processo de modo a tornar inviável o relacionamento dos dados com os titulares dos

mesmos e os resultados serão apresentados por categorias/ percentagens não se relacionando com os titulares dos mesmos.

Os dados recolhidos serão arquivados em dossiê próprio. A responsabilidade por garantir o anonimato e a proteção do acesso aos dados é dos investigadores do estudo. Concluído o período estipulado para a investigação todos os dados documentados, em formato papel e digital, que conduziram aos resultados e conclusões da investigação serão destruídos.

RECURSOS:

De forma a desenvolver o projeto, prevê-se a necessidade dos seguintes recursos:

Físicos: local de estágio (Serviço de Medicina).

Monetários: 500€ da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da ESEL para despesas de publicação de artigos e despesas de deslocação para apresentações em conferências.

CRONOGRAMA

Atividades	2018		2019											
	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Revisão da literatura: narrativa e de <i>scoping</i>														
Reuniões tutorais														
Reuniões com a equipa para apresentação do projeto														
Aplicação do IFT a uma amostra da população idosa														
Analisar os dados resultante da aplicação do IFT														
Desenvolvimento do estudo														
Realização do relatório														

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) (2018). *About Us*. Acedido a 01/08/2018. Disponível em: <http://www.uide.pt/apresentacao/>.

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (2018). *Missão e valores*. Lisboa: CHULN Acedido a 4/6/2018. Disponível em: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>.

APÊNDICE XXIII

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação no serviço de Medicina

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar”.

Exmo. Sr. ou Sra.^a, está a ser convidado(a) para colaborar num estudo de investigação que está a ser desenvolvido pelo estudante Bruno Verde, orientado pela Professora Doutora Idalina Gomes, no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa.

Com este estudo pretende-se caracterizar a fragilidade da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade no contexto do serviço de Medicina do CHULN.

A sua participação neste trabalho far-se-á através da aplicação de dois breves questionários: **Mini exame do Estado Mental (MMSE)** e o **Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT)**. O primeiro avalia o estado cognitivo e o segundo permite triar a presença e o tipo de fragilidade (física, social e psicológica).

A informação obtida será tratada de forma confidencial, ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679, de 27 de abril de 2016 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2018). Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento. Importa ainda referir que este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHULN.

O seu contributo irá ajudar a desenvolver este estudo, pelo que **agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.**

Investigador: Bruno Verde
Enfermeiro no CHULN
E-mail: brunoverde22@hotmail.com
Tel.: 961131745

Lisboa, ____/____/____

Assinatura de quem pede o consentimento: _____

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Lisboa, ____/____/____

Nome do participante (legível): _____

Assinatura do participante: _____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A
INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE XXIV

Resultados obtidos no estudo de investigação do serviço de Medicina

Caraterização da Amostra

Caraterização sociodemográfica		Amostra		Frágil		Não frágil		
		f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)	
Sexo		Masculino	5	41,7%	3	33.3%	2	66,7%
		Feminino	7	58,3%	6	66,7%	1	33,3%
Idade		65 - 74 anos	4	33,3%	2	22,2%	2	66,7%
		75 - 84 anos	7	58,3%	6	66,7%	1	33,3%
		>85 anos	1	8,3%	1	11,1%	0	0%
Estado Civil		Casado/vive com parceiro	9	75,0%	6	66,7%	3	100%
		Solteiro	0	0%	0	0%	0	0%
		Separado/divorciado	1	8,3%	1	11,1%	0	0%
		Viúvo	2	16,7%	2	22,2%	0	0%
Nacionalidade		Português	11	91,7%	8	88,9%	3	100%
		Estrangeiro	1	8,3%	1	11,1%	0	0%
Escolaridade		0	0	0,0%	0	0%	0	0%
		1 - 4 anos	7	58,3%	6	66,7%	1	33,3%
		5 - 10 anos	3	25%	3	33,3%	0	0%
		> 10 anos	2	16,7%	0	0%	2	66,7%
Rendimento mensal do seu agregado familiar		≤ 250	0	0%	0	0%	0	0%
		251 - 500	0	0%	0	0%	0	0%
		501 - 750	4	33,3%	4	44,4%	0	0%
		751 - 1000	2	16,7%	1	11,1%	1	33,3%
		1001 - 1500	2	16,7%	2	22,2%	0	0%
		1501 - 2000	2	16,7%	1	11,1%	1	33,3%
		≥ 2001	2	16,7%	1	11,1%	1	33,3%
Estilo de vida: percepção individual		Saudável	2	16,7%	0	0,0%	2	66,7%
		Nem muito nem pouco saudável	4	33,3%	4	44,4%	0	0%
		Não saudável	6	50,0%	5	55,6%	1	33,3%
Doenças e/ou perturbações crónicas (≥ 2)		Sim	12	100%	9	100%	3	100%
		Não	0	0%	0	0%	0	0%
Acontecimentos no último ano	Morte de uma pessoa querida	Sim	3	25,0%	2	22,2%	1	33,3%
		Não	9	75,0%	7	77,8%	2	66,7%
	Doença grave em si próprio	Sim	7	58,3%	4	44,4%	3	100%
		Não	5	41,7%	5	55,6%	0	0%
	Doença grave numa pessoa querida	Sim	7	58,3%	5	55,6%	2	66,7%
		Não	5	41,7%	4	44,4%	1	33,3%
	Divórcio ou fim de uma relação íntima importante	Sim	0	0%	0	0%	0	0%
		Não	12	100%	9	100%	3	100%
	Acidente de viação	Sim	0	0%	0	0%	0	0%
		Não	12	100%	9	100%	3	100%
Crime	Sim	0	0%	0	0%	0	0%	
	Não	12	100%	9	100%	3	100%	
Satisfação com o ambiente em sua casa		Sim	11	91,7%	9	100%	2	66,7%
		Não	1	8,3%	0	0%	1	33,3%

Prevalência da Fragilidade na amostra

Score IFT	Distribuição		Prevalência		
	f _i	fr _i (%)	Resultado	f _i	fr _i (%)
0	0	0%	Não frágil	3	25%
1	0	0%			
2	0	0%			
3	1	8,3%			
4	2	<u>16,7%</u>			
5	0	0%			
6	2	16,7%	Frágil	9	75%
7	2	16,7%			
8	1	8,3%			
9	4	<u>33,3%</u>			
10	0	0%			
11	0	0%			
12	0	0%			
13	0	0%			
14	0	0%			
15	0	0%			

Medidas de tendência central e dispersão

Score do IFT	Amostra	Sem fragilidade	Com fragilidade
Média	6,8	3,7	7,8
Moda	9	4	9
Amplitude	6	1	3
Desvio padrão	2,2	0,6	1,3
Fragilidade Física	(Score 0-8)	(Score 0-8)	(Score 0-8)
Média	4	1,7	4,8
Moda	4	1	4
Amplitude	6	2	4
Desvio padrão	1,9	1,2	1,3
Fragilidade Psicológica	(Score 0-4)	(Score 0-4)	(Score 0-4)
Média	2,1	1,7	2,2
Moda	2	2	2
Amplitude	3	1	3
Desvio padrão	0,8	0,6	0,8
Fragilidade Social	(Score 0-3)	(Score 0-3)	(Score 0-3)
Média	0,7	0,3	0,8
Moda	1	0	1
Amplitude	4	2	4
Desvio padrão	0,5	0,6	0,4

Perfil da Fragilidade

Fragilidade Física

Fragilidade Física	Amostra		Sem Fragilidade		Com fragilidade	
	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)
Saúde física						
Sim	4	33,3%	2	<u>66,7%</u>	2	22,2%
Não	8	<u>66,7%</u>	1	33,3%	7	<u>77,8%</u>
Perda de peso						
Sim	3	25,0%	0	0%	3	33,3%
Não	9	<u>75,0%</u>	3	<u>100,0%</u>	6	<u>66,7%</u>
Dificuldade na marcha						
Sim	6	50,0%	1	33,3%	5	<u>55,6%</u>
Não	6	50,0%	2	<u>66,7%</u>	4	44,4%
Falta de equilíbrio						
Sim	9	<u>75,0%</u>	1	33,3%	8	<u>88,9%</u>
Não	3	25,0%	2	<u>66,7%</u>	1	11,1%
Dificuldade de Audição						
Sim	6	50,0%	0	0%	6	<u>66,7%</u>
Não	6	50,0%	3	<u>100,0%</u>	3	33,3%
Dificuldade de visão						
Sim	4	33,3%	0	0,0%	4	44,4%
Não	8	<u>66,7%</u>	3	<u>100,0%</u>	5	<u>55,6%</u>
Falta de força nas mãos						
Sim	2	16,7%	0	0,0%	2	22,2%
Não	10	<u>83,3%</u>	3	<u>100,0%</u>	7	<u>77,8%</u>
Cansaço físico						
Sim	10	<u>83,3%</u>	2	<u>66,7%</u>	8	<u>88,9%</u>
Não	2	16,7%	1	33,3%	1	11,1%

Fragilidade Psicológica

Fragilidade psicológica	Amostra		Sem fragilidade		Com fragilidade	
	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)
Problemas de memória						
Sim	2	16,7%	0	0,0%	2	22,2%
Não ou Por vezes	10	<u>83,3%</u>	3	<u>100,0%</u>	7	<u>77,8%</u>
Sentido em baixo no último mês						
Sim ou Por vezes	10	<u>83,3%</u>	2	<u>66,7%</u>	8	<u>88,9%</u>
Não	2	16,7%	1	33,3%	1	11,1%
Nervoso/ansioso no último mês						
Sim ou Por vezes	12	<u>100,0%</u>	3	<u>100,0%</u>	9	<u>100,0%</u>
Não	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Lidar com os problemas						
Sim	11	<u>91,7%</u>	3	<u>100,0%</u>	8	<u>88,9%</u>
Não	1	8,3%	0	0,0%	1	11,1%

Fragilidade Social

Fragilidade Social	Amostra		Sem fragilidade		Com fragilidade	
	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)
Reside sozinho						
Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Não	12	<u>100,0%</u>	3	<u>100,0%</u>	9	<u>100,0%</u>
Falta de pessoas à sua volta						
Sim ou Por vezes	7	<u>58,3%</u>	0	0,0%	7	<u>77,8%</u>
Não	5	41,7%	3	<u>100,0%</u>	2	22,2%
Apoio Suficiente de outras pessoas						
Sim	11	<u>91,7%</u>	2	<u>66,7%</u>	9	<u>100,0%</u>
Não	1	8,3%	1	33,3%	0	0,0%